Tủ sách
XÃ-PHƯỜNG-THỊ TRẤN

HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN
SÁCH XÃ, PHƯỜNG, THỊ TRẤN

CHĂM SÓC BỆNH TRONG GIA ĐÌNH

TẬP II

NHÀ XUẤT BẢN
CHÍNH TRỊ QUỐC GIA

NHÀ XUẤT BẢN
Y HỌC

https://tieulun.hopto.org

https://tieulun.hopto.org

CHĂM SÓC BỆNH TRONG GIA ĐÌNH (TẬP 2)

https://tieulun.hopto.org

HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN

Chủ tịch Hội đồng
TS. NGUYỄN THẾ KỶ

Phó Chủ tịch Hội đồng
TS. NGUYỄN DUY HÙNG

Thành viên
TS. NGUYỄN AN TIÊM
TS. KHUẤT DUY KIM HẢI
NGUYỄN VŨ THANH HẢO

https://tieulun.hopto.org

HOÀNG GIA (Chủ biên)

CHĂM SÓC BỆNH TRONG GIA ĐÌNH

(TẬP 2)

NHÀ XUẤT BẢN
CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT

NHÀ XUẤT BẢN
Y HỌC

Hà Nội - 2012

https://tieulun.hopto.org

Chủ biên:

HOÀNG GIA - Bác sĩ, nguyên Trưởng Bộ môn Điều dưỡng, Đại học Y Hà Nội

Đồng tác giả:

VŨ ĐÌNH QUÝ - Bác sĩ, nguyên giáo vụ Bộ môn Lao và Bệnh phổi, Đại học Y Hà Nội

PGS. TS. BÙI ĐỨC DƯƠNG - Cục phó Cục Phòng chống HIV - AIDS, Bộ Y tế

https://tieulun.hopto.org

LỜI NHÀ XUẤT BẢN

Hiện nay, việc tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh và chăm sóc y tế ở cơ sở, đặc biệt là vùng sâu, vùng xa đang gặp rất nhiều khó khăn, vì vậy, công tác giáo dục sức khỏe, tăng cường kiến thức và hiểu biết của người dân về tự bảo vệ, chăm sóc sức khỏe bản thân là một yêu cầu cấp thiết được đặt ra không chỉ với ngành y tế mà với toàn bộ xã hội.

Thực hiện Đề án trang bị sách cho cơ sở xã, phường, thị trấn của Ban Tuyên giáo Trung ương và thực hiện chủ trương xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia - Sự thật và Nhà xuất bản Y học phối hợp xuất bản bộ sách ***Chăm sóc bệnh trong gia đình***.

Bộ sách gồm 2 tập, Tập 2 gồm 5 chương, trình bày khái quát các bệnh về thần kinh, xương khớp, các loại nhiễm độc, các bệnh về mạch máu ngoại vi và các bệnh liên quan đến nội tiết. Thông thường đối với mỗi bệnh, cuốn sách sẽ đưa ra định nghĩa, đặc điểm chung, nguyên nhân mắc bệnh, các triệu chứng lâm sàng và cách điều trị.

Mặc dù các tác giả đã rất cố gắng nhưng cuốn sách khó tránh khỏi những sơ suất, rất mong nhận được ý

https://tieulun.hopto.org

kiến đóng góp của bạn đọc để lần xuất bản sau nội dung sách hoàn thiện hơn.

Xin giới thiệu cuốn sách cùng bạn đọc.

Tháng 11 năm 2012

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT

https://tieulun.hopto.org

LỜI NÓI ĐẦU

Ốm đau bệnh tật luôn là nỗi lo lắng đối với mỗi thành viên trong từng gia đình và không phải trong bất kỳ hoàn cảnh nào cũng có điều kiện tiếp cận dịch vụ khám và chăm sóc y tế kịp thời. Chính vì thế, việc rèn luyện và chăm sóc sức khỏe cá nhân là một yêu cầu ngày càng cao của gia đình và xã hội.

Với người cao tuổi, sức khỏe của chính bản thân mình có thể thay đổi bất thường hằng ngày cho nên việc tự theo dõi các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện ở cơ thể nhằm chủ động cung cấp thông tin cho cán bộ y tế để có được sự chẩn đoán bệnh sớm và được điều trị kịp thời, giúp sức khỏe nhanh chóng hồi phục là rất cần thiết.

Xuất phát từ những yêu cầu trên, đồng thời góp phần hưởng ứng chính sách về xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân do ngành y tế Việt Nam khởi xướng, chúng tôi soạn thảo bộ sách ***Chăm sóc bệnh trong gia đình*** nhằm cung cấp cho người dân những hiểu biết đơn giản, thiết yếu về các biểu hiện toàn thân và cơ năng trên

https://tieulun.hopto.org

phương diện lâm sàng của từng bệnh trong cơ thể, nhằm giúp người dân nhận biết các dấu hiệu mắc bệnh của chính mình hoặc người thân trong gia đình rồi phản ánh lại cho cán bộ y tế để có biện pháp chẩn trị nhanh chóng và hiệu quả.

Sách gồm 2 tập, 9 chương, mỗi chương đề cập tương đối đầy đủ các chứng bệnh của một bộ phận trong cơ thể. Sách giúp người dân có thể đọc tham khảo về bệnh tật một cách có hệ thống khi có thời gian rỗi rãi tại nhà hay tại phòng đọc nhà văn hóa thôn, xã; hoặc có thể tra cứu nhanh một bệnh cụ thể nào đó mà mình quan tâm.

Với cán bộ y tế cơ sở, sách có thể được sử dụng để tra cứu khi cần thiết giúp giải quyết tốt những tình huống bệnh tật cụ thể tại cộng đồng.

Chúng tôi đã rất cố gắng và nghiêm túc khi biên soạn bộ sách này. Tuy nhiên chắc sẽ không tránh khỏi những thiếu sót về nội dung cũng như hình thức trình bày. Mong nhận được sự chỉ dẫn của các cán bộ y tế và sự đóng góp ý kiến quý báu của độc giả.

Xin chân thành cảm ơn!

CÁC TÁC GIẢ

https://tieulun.hopto.org

MỤC LỤC

	Trang
- Lời Nhà xuất bản	5
- Lời nói đầu	7
Chương I: Các bệnh của hệ thần kinh	13
Tăng áp lực nội sọ	13
Các hội chứng não	15
Hội chứng tiểu não	18
Liệt nửa người	19
Liệt hai chi dưới	20
Các hôn mê	22
Bệnh não tăng huyết áp	28
Bệnh não trẻ em	30
Áp xe não	32
Chấn thương não	35
Chảy máu màng não	38
U não	41
Đau dây thần kinh	43
Đau dây thần kinh hông	45
Bệnh động kinh	50
Thoát vị đĩa đệm đốt sống	56
Nhức đầu	59
Nhức nửa đầu	61
Bệnh Parkinson	63

https://tieulun.hopto.org

Tai biến mạch máu não 68
Viêm dây thần kinh 71
Viêm nhiều dây thần kinh 75
Viêm màng não 80
Bệnh Zona 82
Bệnh Alzheimer 86
Viêm não do vi rút 87
Chương II: Các bệnh xương khớp 90
Đau lưng 90
Viêm cơ 92
Bệnh u sụn 94
Viêm xương 95
Viêm xương - tuỷ cấp tính 95
Viêm đốt sống 98
Bệnh loãng xương 101
Bệnh loãng xương mãn kinh 103
Bệnh u xương 105
Bệnh thấp 106
Bệnh thấp khớp cấp 107
Bệnh hư khớp xương 112
Lệch khớp 117
Chương III: Các loại nhiễm độc 120
Nhiễm độc thuốc phiện 120
Nhiễm độc rượu và cồn ethylic 124
Nhiễm độc carbon monoxyd 127
Nhiễm độc ét xăng và dầu hoả 129
Nhiễm độc các loại thuốc ngủ 130
Nhiễm độc asen (arsenic) 133
Nhiễm độc thức ăn 136
Chương IV: Các bệnh mạch máu ngoại vi 142
Cước 142

https://tieulun.hopto.org

Giãn tĩnh mạch 143
Viêm tĩnh mạch 144
Viêm nghẽn tắc mạch 148
Phình động - tĩnh mạch 152
Suy động mạch cấp tính 153
Suy động mạch mạn tính 155
U mạch máu 158
Chương V: Bệnh của các tuyến nội tiết 160
Rối loạn kinh nguyệt 160
Dậy thì sớm 166
Mãn kinh 168
Vô sinh 170
Hội chứng tiền kinh nguyệt 175
Viêm nội mạc tử cung chảy máu 177
Giảm năng buồng trứng 180
Khối u buồng trứng 185
Giảm năng tinh hoàn 187
Khối u tinh hoàn 190
Hội chứng ẩn tinh hoàn 192
Bướu giáp 194
Bệnh Bazơđô (Basedow) 198
Viêm tuyến giáp 204
Bệnh đái tháo nhạt (diabete insipide) 205
Ung thư tuyến giáp 209

https://tieulun.hopto.org

https://tieulun.hopto.org

Chương I
CÁC BỆNH CỦA HỆ THẦN KINH

TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

1. Định nghĩa

Tăng áp lực nội sọ chủ yếu là tăng áp lực dịch não tuỷ. Đó là hội chứng lâm sàng học trong đó sự ứ đọng nước ở trong sọ không được bù bởi các cơ chế điều chỉnh tuần hoàn não.

2. Nguyên nhân

- Tăng áp lực nội sọ không do khối u:

+ Nguyên nhân mạch máu: tăng áp lực động mạch trong bệnh não do tăng huyết áp, tổn thương tĩnh mạch xảy ra trong bệnh viêm nghẽn tĩnh mạch ở trong sọ, bệnh phồng mạch và bệnh u mạch gây tổn thương ở tĩnh mạch và có tổ chức tân tạo của mạch máu.

+ Nguyên nhân viêm: gặp trong bệnh áp xe não giai đoạn đầu và bệnh viêm não.

+ Chấn thương: tăng áp lực nội sọ có thể xảy ra ngay hoặc sau một thời gian.

https://tieulun.hopto.org

+ Bệnh màng não: viêm màng não cấp, viêm màng não thanh dịch.

- Tăng áp lực nội sọ do khối u: đó là biến chứng thường gặp và nặng của u não. Tổn thương này gây tăng áp lực nội sọ do: tắc nghẽn, do phản ứng phù nề quanh tổ chức tân tạo và do tăng khối nội não.

3. Triệu chứng lâm sàng

Đo áp lực dịch não tuỷ bằng cách chọc ống sống thắt lưng không giúp ích cho việc chẩn đoán tăng áp lực sọ não.

Các triệu chứng lâm sàng học của tăng áp lực trong sọ rất quan trọng cho chẩn đoán bệnh.

a) Hội chứng đau

- Nhức đầu: là dấu hiệu có ý nghĩa quan trọng.

- Đau gáy và cổ, có khi đau vùng cổ lan ra vùng chẩm.

b) Rối loạn thần kinh thực vật

- Nôn: nôn đột ngột vào buổi sáng, xảy ra khi thay đổi tư thế và có thể gặp dấu hiệu nôn vọt.

- Rối loạn tiêu hoá: cần chú ý cơn đau gan kèm nhức đầu và nôn.

- Tim đập chậm: có thể trùng với dấu hiệu nhức đầu và nôn.

- Rối loạn vận mạch: ra mồ hôi, rối loạn nhiệt độ.

c) Rối loạn tâm thần: mệt mỏi, đãng trí, choáng váng và có thể lú lẫn.

https://tieulun.hopto.org

d) Rối loạn vận động

- Liệt dây thần kinh số 6.
- Thay đổi của phản xạ gân.
- Rối loạn trương lực: cứng gáy, cơn co cơ kịch phát có tiến triển xấu.
- Rối loạn thính giác.
- Rối loạn tiền đình (chóng mặt).

e) Rối loạn về mắt

- Ứ máu ở điểm mù.
- Giảm thị lực, có thể thong manh do teo dây thần kinh thị giác.

f) Các cơn co giật: cơn co giật cứng - rung, kèm mất ý thức ban đầu.

4. Tiến triển

Bệnh tăng áp lực nội sọ có thể tiến triển xấu do tai biến của việc chọc ống sống thắt lưng. Tai biến này là lọt não trong sọ (tụt não) vì chọc ống sống thắt lưng làm giảm đột ngột áp lực của dịch não tuỷ trong phần dưới của hệ thần kinh.

5. Điều trị

- Điều trị phụ thuộc chủ yếu vào nguyên nhân tăng áp lực nội sọ.
- Cắt bỏ u não cần được áp dụng.

CÁC HỘI CHỨNG NÃO

1. Thùy trán

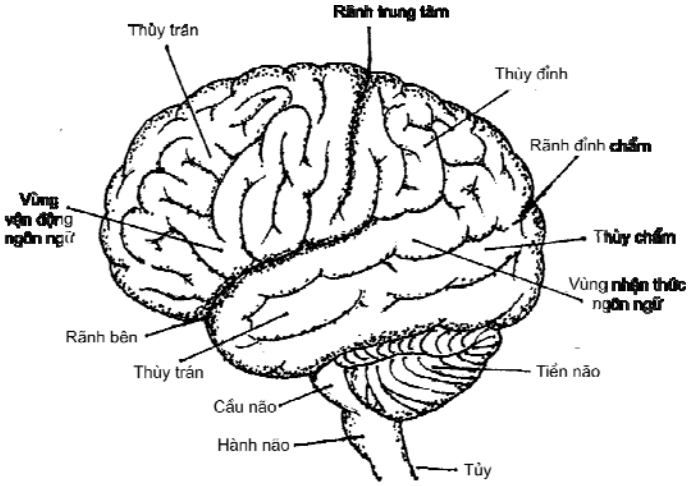
Thuỳ trán gồm một phần ba trước của bán cầu

https://tieulun.hopto.org

não, giới hạn sau của nó là rãnh Rolando và rãnh Sylvius.

a) Phần trước: là trung tâm của chức năng trí tuệ và tâm thần cao cấp.

b) Vùng hố mắt - trán: có liên quan với vùng đồi thị. Tổn thương ở vùng đồi thị có thể gây ra bệnh tâm thần, có dấu hiệu lo lắng, ám ảnh, tâm thần phân liệt.



Sơ đồ vỏ não

c) Vỏ vận động (hồi trán lên): mỗi vùng của vỏ vận động (hồi trán lên) chỉ huy các động tác của một phần cơ thể.

d) Trung tâm vận động ngôn ngữ (trung tâm Broca): trung tâm này chỉ huy các hành vi phức tạp và có thứ tự. Ví dụ: nắm hai bàn tay cùng một lúc rồi cùng buông ra đột ngột.

https://tieulun.hopto.org

2. Thùy đỉnh

Thuỳ đỉnh được giới hạn ở phía trước bởi rãnh Rolando, ở dưới bởi rãnh Sylvius và ở sau bởi khe đỉnh - chẩm.

a) Vỏ cảm giác (hồi đỉnh lên): thuỳ đỉnh nhận các cảm giác của da, cơ, khớp và gân ở bên đối diện của cơ thể. Vỏ cảm giác không có giới hạn rõ rệt.

b) Vùng tâm thần - giác quan: vùng này nằm ở phía sau hồi đỉnh lên, là trung tâm các giác quan được tạo ra và ghi lại. Vùng này cho khả năng nhận biết một đồ vật bằng xúc giác.

3. Thùy chẩm

Thùy chẩm nằm ở cực sau của não, có chức năng nhận thị trường của ánh sáng chiếu lên bán cầu của phía đối diện. Ví dụ: nửa trái của thị trường chiếu lên bán cầu phải và ngược lại.

4. Thùy thái dương

Thùy thái dương được ngăn cách với các thuỳ trán và thuỳ đỉnh bằng rãnh Sylvius. Nó nằm trong hố giữa của sọ.

Thùy thái dương là trung tâm thính giác, khứu giác và giác quan ngôn ngữ.

5. Thể vân

Thể vân nằm ở đáy của mỗi bán cầu. Nó được cấu tạo bởi các nhân xám, ngăn cách nhau bởi các sợi của bao trong.

https://tieulun.hopto.org

6. Lớp thị giác hoặc đồi thị

Lớp này nằm ở mỗi bên não thất ba.

Hệ thống đồi thị - thể vân kiểm soát hệ tiền đình tiểu não và hoạt động phản xạ của tuỷ bằng những kích thích có tính chất chủ yếu là ức chế.

7. Vùng dưới đồi

Vùng dưới đồi có vị trí ở trong sàn của não thất ba và quanh cửa rãnh Sylvius.

Vùng này có chức năng:

- Kiểm soát hệ thần kinh thực vật và chuyển hoá.
- Điều hòa thân nhiệt.
- Điều hòa thăng bằng nước.
- Điều hòa chuyển hoá mỡ.
- Điều hòa trạng thái ý thức.
- Điều hòa các biện pháp tăng trương lực giao cảm hoặc phó giao cảm kèm: đỏ da, chảy nước mắt, tăng tiết nước bọt và toát mồ hôi.
- Điều hòa hiện tượng tăng vận động và tăng tiết dạ dày do dây thần kinh phế vị khởi phát, có tác dụng ngăn ngừa loét dạ dày.

HỘI CHỨNG TIỂU NÃO

1. Định nghĩa

Hội chứng tiểu não có đặc điểm là: rối loạn thăng bằng, run hữu ý, giảm trương lực cơ, rung giật nhãn cầu và rối loạn lời nói.

https://tieulun.hopto.org

2. Nguyên nhân

- Tổn thương viêm thành ổ (áp xe) ở tiểu não.
- Tổn thương mạch máu (chảy máu, nhũn tiểu não).
- U tiểu não, u thần kinh thính giác.
- Teo tiểu não tiên phát hoặc di truyền.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Rối loạn thăng bằng: thể hiện qua các dấu hiệu:

+ Sai lầm hoặc quá tầm động tác.

+ Mất tính chất đồng vận động: các động tác phức tạp bị phân hoá làm nhiều thì.

+ Có khuynh hướng ngủ khi đứng.

+ Bước đi loạng choạng và có xu hướng nghiêng về bên tổn thương.

- Giảm trương lực cơ.
- Rung giật nhãn cầu.
- Rối loạn lời nói: nói nhát gừng kèm nhăn mặt.
- Có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ trong trường hợp u hoặc áp xe.

LIỆT NỬA NGƯỜI

1. Định nghĩa

Liệt nửa người là liệt một nửa thân thể.

2. Nguyên nhân

Mọi tổn thương thành ổ của trục thần kinh đều có thể gây liệt nửa người.

https://tieulun.hopto.org

Nguyên nhân thường gặp:

- Nguyên nhân mạch máu:

+ Tai biến mạch máu não.

+ Vỡ phồng động mạch bẩm sinh kèm theo chảy máu dưới màng nhện: gặp ở người trẻ tuổi.

- Chấn thương: do tổn thương trực tiếp của vỏ não vận động. Có dấu hiệu liệt nửa người tức thì hoặc sau một thời gian không có triệu chứng.

- U não: liệt nửa người tăng dần và liệt lan ra những vùng ngày càng rộng.

- Nhiễm khuẩn: liệt nửa người gặp trong các bệnh:

+ Viêm màng não.

+ Áp xe não.

+ Viêm não dịch tễ.

- Các nguyên nhân khác:

+ Sốc quá mẫn.

+ Nhiễm độc carbon oxyd.

+ Tắc mạch khí do tràn khí màng phổi, phá thai bằng cách bơm nước xà phòng vào trong tử cung.

LIỆT HAI CHI DƯỚI

1. Nguyên nhân và triệu chứng

Tổn thương nơron vận động ngoại biên. Có dấu hiệu lâm sàng sau:

- Liệt mềm hai chi dưới.

- Các triệu chứng thần kinh phối hợp: mất

https://tieulun.hopto.org

phản xạ gân, teo cơ nặng, không có dấu hiệu Babinski và không có rối loạn cơ thắt.

Người ta phân biệt với:

+ Viêm nhiều dây thần kinh: liệt xuất hiện một cách kín đáo và tăng dần, rối loạn cảm giác tiến triển dẫn đến hiện tượng mất cảm giác sâu (rối loạn thăng bằng).

+ Viêm tuỷ xám trước cấp tính:

• Liệt hai chân: rối loạn vận động xuất hiện đột ngột.

• Không có rối loạn cảm giác rõ rệt.

- Tổn thương nơron vận động trung ương: có các dấu hiệu lâm sàng sau:

+ Liệt hai chi dưới co cứng.

+ Tăng phản xạ gân.

+ Dấu hiệu Babinski (+).

+ Không có teo cơ.

+ Có rối loạn cơ thắt.

2. Các thể lâm sàng

- Liệt mềm hai chi dưới: giảm trương lực cơ và mất phản xạ hai chi dưới.

Tuỳ theo vị trí của tổn thương, người ta phân biệt:

+ Tổn thương nơron vận động ngoại biên: không tiến triển đến co cứng và không có rối loạn cơ thắt.

+ Tổn thương đột ngột nơron vận động trung ương: tiến triển đến co cứng và có rối loạn cơ thắt.

https://tieulun.hopto.org

- Liệt co cứng hai chi dưới: có dấu hiệu lâm sàng:

+ Co cứng cơ.

+ Tăng phản xạ gân hai chi dưới.

+ Dấu hiệu Babinski (+).

Người ta phân biệt:

+ Liệt hai chi dưới duỗi: đây là thể hay gặp nhất với biểu hiện hai chi dưới bị cố định bởi duỗi cứng.

+ Liệt hai chân gấp: kế tiếp thể liệt duỗi. Có thể gặp trong bệnh ép tuỷ (do bệnh lao cột sống [bệnh Pott], do bệnh ung thư đốt sống và bệnh u nội ống sống).

CÁC HÔN MÊ

1. Định nghĩa

Hôn mê là một trạng thái trong đó người bệnh mất ý thức, không đáp ứng với các kích thích bên ngoài, dù mạnh. Các chức năng dinh dưỡng còn tương đối được duy trì.

Người ta phân biệt với:

- Hôn mê sâu: mất các phản xạ giác mạc, gân và gan bàn chân.

- Bán hôn mê:

+ Người bệnh đáp ứng yếu ớt với các kích thích bên ngoài tương đối mạnh bằng một phản ứng phòng vệ yếu ớt.

+ Phản xạ giác mạc và gân có thể phát hiện được.

https://tieulun.hopto.org

- Hôn mê chập chờn: có kèm sự kích thích tâm thần vận động và mê sảng.

2. Khám người bị hôn mê

- Trước khi thăm khám người bệnh, cần phải biết chắc chắn:

+ Đường hô hấp được thông suốt.

+ Người bệnh không ở trạng thái sốc.

+ Không bị chảy máu do chấn thương.

+ Không bị gãy cột sống cổ ở người bệnh bị chấn thương sọ não.

- Các bước thăm khám người bệnh:

+ *Tìm hiểu bệnh tật đã có trước đây như:* đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh động kinh, bệnh tim, bệnh viêm thận.

+ *Quan sát:* tìm các dấu vết thông thường của chấn thương. Quan sát các phần bên ngoài của cơ thể:

• Đầu: mặt đỏ (do rượu), mặt hồng (do nhiễm độc carbon oxyd), vết thương, chảy máu qua mũi hoặc tai (do chấn thương).

• Mắt: co đồng tử thành một điểm nhỏ (do thuốc phiện), đồng tử không đều và giãn ở bên có tổn thương sọ não.

• Da: có mảng mày đay hoặc ban đỏ (hôn mê do thuốc ngủ barbituric), toát mồ hôi (hôn mê do giảm đường máu), ban xuất huyết ngoài da (do viêm màng não - não).

https://tieulun.hopto.org

+ *Chú ý mùi của hơi thở*: chú ý mùi rượu, urê hay aceton.

+ Kiểm tra nhiệt độ:

• Nhiệt độ cao: do cảm nắng nhiễm khuẩn, tổn thương trung tâm điều nhiệt.

• Nhiệt độ giảm: do trụy tim mạch, hôn mê do rượu hoặc do barbituric.

+ Kiểm tra mạch:

• Mạch chậm: gặp trong chứng tăng áp lực nội sọ.

• Mạch nhanh: gặp trong rối loạn tuần hoàn não hoặc tim đập nhanh.

+ Kiểm tra huyết áp:

• Huyết áp cao: gặp trong chứng đột quỵ, tăng urê máu, phù não - màng não.

• Huyết áp hạ: gặp trong hôn mê do trụy tim mạch, do bệnh đái tháo đường, do rượu, do thuốc barbituric.

+ Kiểm tra nhịp thở:

• Nhịp thở chậm: gặp trong hôn mê do thuốc phiện, do thuốc barbituric, do áp lực nội sọ.

• Nhịp thở nhanh và sâu: gặp trong chứng nhiễm acid của bệnh đái tháo đường hoặc bệnh tăng urê máu.

Nếu người bệnh phồng một má khi thở ra thì có thể nghĩ đến liệt nửa người.

+ Kiểm tra thần kinh:

• Dấu hiệu kích thích màng não: chú ý dấu hiệu phồng thóp ở trẻ nhỏ.

https://tieulun.hopto.org

• Dấu hiệu định vị: thường là dấu hiệu liệt nửa người.

* Mất các động tác tự nhiên ở một bên.

* Mặt không đối xứng.

* Lệch phối hợp giữa đầu và mắt.

* Mất trương lực cơ ở một bên so với bên kia.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

a) Nguyên nhân thường gặp

- Hôn mê do các bệnh nhiễm khuẩn, ung thư.

- Hôn mê sau chấn thương:

+ Xảy ra ngay tức thì: có vết thương ở da, chảy máu từ tai hoặc mũi, đồng tử không đều, có dấu hiệu thần kinh khu trú, lúc đầu tim đập nhanh và về sau thì tim đập chậm.

+ Xảy ra sau một khoảng thời gian không có triệu chứng, thường gặp trong trường hợp chấn thương gây bọc máu trong sọ. Khi người bệnh hôn mê, có dấu hiệu thở chậm và tăng huyết áp.

- Hôn mê trong cảm nắng:

+ Dựa vào bệnh sử ở ngoài nắng quá lâu.

+ Tăng nhiệt độ.

b) Hôn mê có triệu chứng thần kinh khu trú

- Liệt nửa người ở người già: do các bệnh:

+ Chảy máu não.

+ Nhũn não.

- Liệt nửa người ở người trẻ: do các bệnh:

+ Tắc mạch não.

https://tieulun.hopto.org

+ U não hoặc áp xe não.

+ Chảy máu não do vỡ phồng mạch bẩm sinh.

c) Hôn mê kèm co giật: thường gặp trong:

- Hôn mê sau bệnh động kinh.

- Cơn tăng huyết áp (xem bài Bệnh não do tăng huyết áp).

d) Hôn mê kèm dấu hiệu màng não: thường gặp trong:

- Chảy máu dưới màng nhện.

- Viêm màng não mủ cấp tính và lao màng não.

e) Hôn mê không có dấu hiệu thần kinh khu trú: đó là hôn mê do nguyên nhân ngoài sọ não.

- Hôn mê do barbituric:

+ Hôn mê sâu.

+ Nhiệt độ hạ.

+ Huyết áp giảm.

+ Mất phản xạ hoàn toàn.

+ Có chất barbituric trong nước tiểu.

- Hôn mê do rượu:

+ Mặt đỏ, giảm nhiệt độ.

+ Hơi thở có mùi rượu.

+ Huyết áp hạ.

+ Có lượng rượu trong máu trên 0,2%.

- Hôn mê do đái tháo đường:

+ Có khó thở kiểu Kussmaul. Kiểu khó thở này bao gồm đặc điểm: tần số thở hơi tăng, thì hít vào sâu, theo sau là một giai đoạn nghỉ ngắn ở thì hít vào cố gắng và thì thở ra ngắn, nhiều khi rỗng; theo sau lại là giai đoạn nghỉ ngắn.

https://tieulun.hopto.org

+ Da khô do mất nước ngoài tế bào.

+ Tăng glucose máu và có glucose trong nước tiểu.

- Hôn mê gan:

+ Có tiền sử bệnh gan.

+ Vàng da.

+ Có nước trong ổ màng bụng.

- Hôn mê do nhiễm độc thuốc phiện:

+ Xanh tím.

+ Nhịp thở chậm.

+ Đồng tử co.

4. Điều trị

a) Các biện pháp chung

- Duy trì thông khí: để đạt mục đích dễ dàng, đặt người bệnh nằm nghiêng sang một bên hoặc người bệnh nằm sấp và để mặt nghiêng một bên, đầu ngửa.

Cần theo dõi xem dịch tiết ở miệng - họng có thể chảy qua miệng không, có thể hút dịch bằng bơm tiêm có ống thông cao su luồn vào trong miệng.

Ghi chú: không được cho người bệnh nằm ngửa và khi cho người bệnh nằm nghiêng một bên thì không được để đầu ngửa quá mức.

- Điều trị trạng thái sốc.

- Thay đổi tư thế người bệnh khoảng từ 30 phút đến 60 phút một lần để chống ứ dịch tiết ở phổi và chống loét do nằm. Nếu hôn mê kéo dài trên 6 giờ thì phải thông nước tiểu khi bí tiểu tiện.

https://tieulun.hopto.org

- Cho ăn bằng đường truyền tĩnh mạch.

b) Điều trị đặc hiệu: phụ thuộc vào nguyên nhân của hôn mê.

BỆNH NÃO TĂNG HUYẾT ÁP

Bệnh não tăng huyết áp cùng nghĩa với hội chứng giả tăng urê máu.

1. Định nghĩa

Hội chứng này có đặc điểm: tăng tạm thời áp lực động mạch có kèm theo các rối loạn thần kinh lâu từ vài phút đến vài ngày và không để lại di chứng. Các rối loạn thần kinh này có thể là: nhức đầu, cơn co giật, các dấu hiệu thần kinh khu trú, trạng thái hôn mê và phù điểm mù ở mắt.

2. Nguyên nhân

a) Bệnh tăng huyết áp: do hiện tượng co cứng các động mạch não, có thể tiến triển tới xuất huyết hoặc nghẽn mạch máu não.

b) Ở người thường không bị tăng huyết áp và có những giai đoạn tăng huyết áp (như trong các bệnh viêm thận cấp, co giật...). Có thể do những giai đoạn phù não.

3. Triệu chứng lâm sàng

a) Rối loạn thần kinh toàn thân: gặp ở người thường không bị tăng huyết áp và không có tổn

https://tieulun.hopto.org

thương ở mạch máu não (trong bệnh viêm thận cấp, co giật). Cơn được thể hiện bằng tăng đột ngột áp lực động mạch. Có các dấu hiệu:

- Nhức đầu, nôn, rối loạn thị giác, phù điểm mù ở mắt.

- Có trạng thái mê sảng và đờ đẫn, có cơn co giật và có khi hôn mê.

Các rối loạn này có liên quan với phù não.

b) Rối loạn thần kinh khu trú: quan sát thấy ở người tăng huyết áp từ lâu mà tổn thương mạch máu não có trước khi cơn xảy ra. Cơn này được khởi phát do một đợt kịch phát tăng huyết áp.

Rối loạn này bao gồm các dấu hiệu:

- Mất ý thức đột ngột.
- Cơn co giật.
- Rối loạn lời nói, thị giác và thính giác.
- Liệt nửa người hoặc liệt nhẹ nửa người.
- Rối loạn cảm giác và phối hợp.

Bệnh cảnh lâm sàng này giống như bệnh đột quỵ não nhưng có điểm khác là: tồn tại trong thời gian ngắn và hoàn toàn không để lại di chứng.

4. Chẩn đoán phân biệt

a) Chảy máu não và nghẽn mạch não: chú ý là bệnh não tăng huyết áp chỉ có tính chất thoáng qua và có thể giúp chẩn đoán phân biệt.

b) U não: bệnh u não không có tăng huyết áp và các triệu chứng nặng dần.

https://tieulun.hopto.org

c) Bệnh não nhiễm độc chì: dựa vào bệnh sử và dấu hiệu nhiễm độc chì.

5. Điều trị

a) Các barbituric và cloral: có tác dụng an thần đủ để điều trị trong các thể nhẹ.

b) Reserpin: tiêm bắp với liều lượng từ 2,5-5mg.

c) Hydralazin: tiêm bắp với liều lượng từ 20-40mg, tiếp theo là cho uống.

d) Diphenylhydantoin: dùng trong trường hợp có cơn động kinh với liều lượng từ 0,10-0,50g mỗi ngày. Đây là thuốc chống co giật, không gây ngủ.

BỆNH NÃO TRẺ EM

1. Định nghĩa

Toàn bộ những trạng thái mạn tính não là hậu quả của những tổn thương đã vi phạm não trong thời kỳ bào thai, lúc sinh hoạt trong những năm đầu của đời sống.

2. Nguyên nhân

Chảy máu và thiếu oxy não xảy ra ở bào thai hoặc trẻ sơ sinh là những nguyên nhân chủ yếu.

a) Các yếu tố trước khi sinh đẻ

- Gen: ít quan trọng.
- Tổn thương ở trong tử cung:

+ Rối loạn tuần hoàn rau thai: gặp trong trạng thái sốc ở người mẹ, nhiễm độc, chèn ép dây rốn.

https://tieulun.hopto.org

+ Nhồi máu rau thai: gặp trong bệnh nhiễm độc máu khi thai nghén.

- Các bệnh nhiễm vi rút ở người mẹ: các bệnh cúm, Zona...

- Bệnh đái tháo đường ở người mẹ.

b) Các yếu tố sinh đẻ

- Đẻ non: ở trẻ đẻ non, động tác thở đầu tiên nhiều khi muộn.

- Thiếu oxy ở mô (tế bào): do đẻ ngôi ngược, bong rau sớm, rau tiền đạo.

- Chảy máu não - màng não sơ sinh: hậu quả của thiếu oxy mô do chấn thương sản khoa (gặp trong trường hợp hẹp xương chậu hoặc trong trường hợp dùng dụng cụ cặp thai).

c) Các yếu tố sau sinh đẻ

Có thể do:

- Di chứng của viêm não cấp tính do vi rút.

- Chấn thương sọ não ở tuổi thơ ấu.

3. Triệu chứng lâm sàng

a) Rối loạn vận động

- Liệt nửa người kèm theo co cứng cơ.

- Liệt hai đùi hoặc liệt hai chi dưới co cứng bẩm sinh: trẻ có dáng đi cứng, mình ngả về phía trước, hai chi dưới gấp.

- Có tăng phản xạ gân xương.

- Dáng đi loạng choạng, kèm theo rối loạn vận động khác.

https://tieulun.hopto.org

b) Rối loạn trí tuệ: có hiện tượng trì độn tâm thần. Có thể kèm theo rối loạn tình cảm, cáu giận và tinh thần bất ổn định, trầm cảm.

c) Cơn động kinh: gặp trong một nửa số trẻ em mắc bệnh.

d) Rối loạn thính giác (điếc) và rối loạn thị giác (có thể dẫn đến mù).

4. Điều trị

- Liệu pháp vận động làm giãn cơ và doãi cơ, tập đi.
- Phẫu thuật chỉnh hình.

ÁP XE NÃO

1. Định nghĩa

Áp xe não là bệnh tụ mủ ở trong mô não hoặc trong khoang ngoài màng cứng hoặc dưới màng cứng; xảy ra sau chấn thương sọ, bệnh viêm tai, bệnh nhiễm khuẩn máu hoặc tổn thương gây tắc mạch.

2. Nguyên nhân

a) Nguyên nhân tại chỗ

- Nhiễm khuẩn ở tai và mũi, nhất là viêm tai mạn tính tái phát, viêm xương chũm và viêm xoang.
- Viêm quầng ở mặt và nhiễm khuẩn ở da đầu, viêm mủ màng não.
- Chấn thương sọ.

https://tieulun.hopto.org

b) Nguyên nhân toàn thân

- Nhiễm khuẩn ở xa: áp xe di căn bắt nguồn từ áp xe phổi, áp xe gan, viêm xương, giãn phế quản.
- Nhiễm khuẩn máu và nhiễm khuẩn mủ máu.

Ghi chú:

* Trong áp xe di căn, thường có nhiều ổ áp xe.

* Trong thực tế, nguyên nhân hay gặp nhất của áp xe não là viêm tai không được điều trị. Từ đó nhiễm khuẩn lan lên não do các nghẽn mạch nhiễm khuẩn hoặc đi ngược lên dọc theo các dây thần kinh sọ VII và VIII. Khi mủ còn chảy từ tai bị nhiễm khuẩn ra thì nguy cơ áp xe não không lớn lắm.

3. Triệu chứng lâm sàng

a) Triệu chứng toàn thân

- Gầy sút nhanh.
- Sốt: ít khi sốt quá 39°C.

b) Triệu chứng tăng áp lực nội sọ

- Nhức đầu, nôn.
- Tim đập chậm.
- Phù điểm mù ở mắt.

c) Triệu chứng khu trú: giống các triệu chứng khu trú của u não (như liệt nửa người tăng dần, rối loạn cảm giác sâu cùng bên liệt nửa người, có rối loạn nhịp thở và nhịp tim, cơ co cứng).

d) Triệu chứng tâm thần: triệu chứng tâm thần thường bất định hoặc dễ mệt mỏi, tâm thần chậm chạp, ngủ gà; hoặc lú lẫn, mất ngủ, dễ kích thích.

https://tieulun.hopto.org

e) Khi áp xe vỡ vào não thất: có dấu hiệu nặng lên như co giật, mê sảng, rối loạn vận động và tử vong sau vài giờ.

4. Chẩn đoán xác định

Để xác định bệnh, dựa vào các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Có ổ nhiễm khuẩn như: viêm tai, viêm xương chũm, nhiễm khuẩn máu, giãn phế quản.
- Sốt và số lượng bạch cầu tăng.
- Có rối loạn thần kinh tăng dần, đôi khi có dấu hiệu khu trú (như liệt nửa người, liệt mặt...).
- Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- *U não:*

+ Không có dấu hiệu nhiễm khuẩn (như sốt, có ổ nhiễm khuẩn ở tai...).

+ Thường gặp dấu hiệu phù điểm mù ở mắt.

- *Viêm mủ màng não:* có những dấu hiệu màng não như sốt, cổ cứng và dấu hiệu Kernig dương tính (dấu hiệu Kernig được thực hiện như sau: hai chân người bệnh duỗi thẳng, tay người khám đè vào hai đầu gối người bệnh và tay kia để vào gót chân người bệnh rồi nâng cao lên để hai chân vuông góc với thân. Lúc đó người bệnh rất đau và có dấu hiệu nhăn mặt, ta kết luận đó là dấu hiệu Kernig dương tính).

https://tieulun.hopto.org

- *Viêm tai không có biến chứng*: các triệu chứng mất sau khi mổ tai.

- *Chảy máu màng não.*

6. Tiển triển

Thường bệnh tiến triển xấu.

7. Điều trị

- Phẫu thuật.
- Dùng thuốc kháng sinh.

CHẤN THƯƠNG NÃO

1. Phân loại

Có hai loại chấn thương não:

Loại 1: chấn thương não không có biến chứng, đó là thể đơn thuần. Các dấu hiệu của thể này là:

- Mất ý thức khá ngắn, sau đó quên ngược. Triệu chứng quên ngược được xác định như sau: người bệnh quên tất cả những gì đã xảy ra ngay từ trước khi bị tổn thương.

- Không có dấu hiệu thần kinh khu trú và không có thay đổi dịch não tuỷ.

Loại 2: chấn thương não có biến chứng. Những biến chứng có thể gặp là:

- Phù não với dấu hiệu:

+ Có cơn co giật.

+ Nôn.

+ Tim đập chậm.

https://tieulun.hopto.org

- Vỡ xương sọ: các mảnh xương có thể gây thương tổn tế bào não và bệnh tiến triển xấu.

- Chảy dịch não tuỷ từ mũi hay từ tai ra: gặp trong trường hợp vỡ xương sọ kèm theo rách màng não.

Bệnh có nguy cơ gây viêm mủ màng não và cần phải dùng kháng sinh để phòng tai biến này.

- Chảy máu dưới màng nhện.

- Chảy máu trong não: có thể thấy máu dưới vỏ não hoặc những đám chảy máu nhỏ trong não ở xung quanh vùng bị đụng giập.

- Động kinh kiểu Bravais - Jackson hoặc động kinh khu trú: có dấu hiệu:

+ Co giật bắt đầu ở bàn tay, bàn chân hoặc ở mặt và dần dần lan sang các đoạn bên cạnh. Một số cơn khu trú ở nửa người.

+ Không mất ý thức.

+ Co cơ lúc bắt đầu cơn ở mặt cánh tay và đùi.

- Hội chứng sau chấn thương:

+ Nhức đầu: tồn tại kéo dài nhiều tháng, mất ngủ, chóng mặt, mất trí nhớ, dễ kích động.

+ Tình trạng người bệnh nặng lên rõ ràng khi uống rượu.

2. Chăm sóc người bệnh

Theo dõi và chăm sóc người bệnh hôn mê sau một chấn thương sọ não cần chú ý các điểm sau đây:

- Tình trạng ý thức: cần lưu ý rằng thời gian và mức độ mất ý thức tỷ lệ với mức độ nặng nhẹ

https://tieulun.hopto.org

của chấn thương gây tổn thương não. Nếu có *khoảng lặng* sau chấn thương sọ não thì chứng tỏ là có chảy máu ở não ngày càng tăng để gây nên bọc máu trong não (*khoảng lặng* là: người bệnh vẫn tỉnh táo sau khi bị chấn thương sọ não nhưng sau một thời gian vài giờ, người bệnh bị hôn mê ngày càng nặng). *Khoảng lặng* là dấu hiệu tiến triển xấu của bệnh.

- Theo dõi mạch, nhịp thở, nhiệt độ và huyết áp của người bệnh.

- Theo dõi các dấu hiệu mắt:

+ Theo dõi hai đồng tử có đều nhau không: giãn đồng tử một bên có thể là dấu hiệu của tổn thương não cùng bên.

+ Theo dõi phù điểm mù hoặc chảy máu võng mạc ở đáy mắt.

- Theo dõi các dấu hiệu màng não: dấu hiệu màng não xảy ra khi có chảy máu dưới màng nhện (tức là chảy máu màng não). Các dấu hiệu thường gặp là: tăng cảm giác da, sợ ánh sáng, rối loạn vận mạch, cứng gáy, dấu hiệu Kernig dương tính, người bệnh nằm ở tư thế cò súng (tức là tư thế nằm co cứng) và rất hiếm khi nằm thẳng đờ vì bị co cơ.

- Co giật: theo dõi những cơn co giật khu trú kiểu Bravais - Jackson biểu thị một ổ kích động ở bán cầu não bên đối diện.

3. Điều trị

- Điều trị trạng thái sốc (nếu có).

https://tieulun.hopto.org

- Thông suốt đường hô hấp: không dùng morphin để điều trị cơn vật vã của người bệnh vì morphin có tác dụng ức chế trung tâm hô hấp.

- Thông nước tiểu nếu có bí tiểu tiện.

- Cần điều trị ở trung tâm chuyên khoa.

CHẢY MÁU MÀNG NÃO

Chảy máu màng não còn được gọi là chảy máu dưới màng nhện.

1. Định nghĩa

Đó là chảy máu đột ngột trong khoang dưới màng nhện.

2. Nguyên nhân

a) Các thể tiên phát

- Vỡ một phồng mạch ở trong sọ: thường gặp với tỷ lệ 90% các trường hợp. Vỡ phồng mạch là một tai biến tự phát và xảy ra ở người khoảng 40 tuổi.

- U động mạch: gặp ở động mạch nhỏ trong vùng đỉnh - chẩm của não.

b) Các thể thứ phát

Do các bệnh sau đây:

- Chấn thương sọ: có tổn thương trực tiếp một động mạch. Thường gặp các dấu hiệu: nhức đầu, lồi mắt, chảy máu mũi, liệt các cơ vận nhãn.

- Bệnh chảy máu do giảm tiểu cầu.

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh viêm màng não, nhất là viêm màng não do lao; bệnh viêm não và u mạch não, sốt phát ban.

- Nhiễm độc: nhiễm độc CO, rượu, chì.

c) Ở trẻ còn bú: gặp trong trường hợp đẻ khó hoặc đẻ non.

3. Triệu chứng

Thường gặp các triệu chứng sau:

a) Nhức đầu: nhức đầu dữ dội và bất thình lình.

b) Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: nôn, chóng mặt, co giật, ù tai, liệt vận nhãn, rối loạn thị giác.

Có rối loạn ý thức và có thể hôn mê.

c) Hội chứng màng não: có dấu hiệu cứng gáy, dấu hiệu Kernig dương tính, tăng cảm giác da, sợ ánh sáng; có thể mê sảng, rối loạn vận mạch, người bệnh nằm ở tư thế cò súng và rất hiếm khi nằm thẳng đờ do bị co cơ.

d) Các dấu hiệu tổn thương vỏ não: bao gồm các dấu hiệu:

- Tăng phản xạ gân.

- Rung giật bàn chân và bánh chè.

- Dấu hiệu Babinski dương tính trong 50% trường hợp.

- Liệt: thường là liệt nhẹ nửa người thoáng qua.

e) Sốt: thường sốt 38-39^{0}C do rối loạn trung tâm điều nhiệt; sốt phối hợp với nhịp chậm.

f) Liệt cơ vân nhãn chung: do phồng động mạch cảnh trong ổ trong sọ.

https://tieulun.hopto.org

4. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào các yếu tố:

a) Trước tai biến chảy máu màng não: có thể nghĩ đến phồng mạch nội sọ khi người bệnh có các dấu hiệu lâm sàng như nhức đầu khi gắng sức, rối loạn các đôi dây thần kinh số II, III và V.

b) Chảy máu màng não có đặc điểm

- Nhức đầu dữ dội xuất hiện đột ngột nhưng không có rối loạn trạng thái ý thức.
- Có các dấu hiệu viêm màng não.
- Dịch não tuỷ có máu.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

a) Chảy máu não: có dấu hiệu:

+ Hôn mê sâu.

+ Dấu hiệu thần kinh khu trú.

+ Huyết áp tăng.

b) Viêm màng não: dựa vào kết quả xét nghiệm nước não tuỷ.

c) Hôn mê do đái tháo đường: dựa vào dấu hiệu tăng glucose trong máu.

6. Điều trị

- Dùng thuốc giảm huyết áp trong trường hợp tăng áp lực động mạch.
- Truyền nước tốt với trường hợp có sốt nhưng cần theo dõi các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.
- Dùng thuốc barbituric hoặc cloral nếu người bệnh vật vã.

https://tieulun.hopto.org

- Dùng thuốc giảm đau tổng hợp: không dùng morphin vì thuốc này ức chế trung tâm hô hấp của người bệnh và gây nguy hiểm.

- Phẫu thuật để loại bỏ nguyên nhân gây bệnh.

U NÃO

U não đồng nghĩa với u nội sọ.

1. Định nghĩa

U não là một khối u nội sọ mà sự phát triển của nó gây chèn ép não.

2. Triệu chứng

Có hai nhóm triệu chứng:

a) Triệu chứng tăng áp lực nội sọ

- Nhức đầu: nhức đầu sẽ nặng thêm do những tác nhân làm tăng áp lực dịch não tủy (như: cố gắng thể lực, ho, hắt hơi).

- Nôn: đôi khi nôn vọt không liên quan đến bữa ăn (đó là sự kích động trung tâm ở hành não), thường kèm theo tim đập chậm do ảnh hưởng đến thần kinh phế vị.

- Phù điểm mù (hay ứ máu điểm mù) do sự ngăn trở dẫn lưu tĩnh mạch mắt, thị lực có thể bị giảm dần.

- Có thể gặp dấu hiệu ngây ngất kèm chóng mặt, nhìn đôi.

- Ở giai đoạn nặng: có cơn co giật khu trú hay toàn thân kèm theo dấu hiệu mất ý thức;

https://tieulun.hopto.org

có thể có trạng thái sốc tim đập chậm, tăng nhiệt độ, có những cơn ngừng thở kéo dài và không đều.

b) Triệu chứng định vị

- Động kinh kiểu Bravais - Jackson.
- Liệt nửa người tăng dần.
- Rối loạn cảm giác sâu và mất nhận thức về vật thể.
- Có dấu hiệu giảm thị lực hoặc bán manh.
- Có ảo giác và trạng thái chiêm bao.
- Đau đầu cách hồi.
- Rối loạn phát âm, nuốt, nhịp thở và nhịp tim.

3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu:

- Dấu hiệu khởi đầu thường âm ỉ: nhức đầu dai dẳng, nôn, thay đổi tính tình.
- Dấu hiệu thần kinh định vị tiến triển dần dần.
- Phù điểm mù, tăng áp lực dịch não tuỷ.

4. Chẩn đoán phân biệt

a) Áp xe não: có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

b) Viêm não dịch tễ

- Dựa vào thời gian có dịch.
- Không có dấu hiệu phù điểm mù ở mắt.

c) Đột quỵ não: các triệu chứng thần kinh xuất hiện rất đột ngột. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng có trường hợp u não gây tai biến chảy máu và thể hiện bệnh cảnh đột quỵ não.

https://tieulun.hopto.org

5. Điều trị

- Liệu pháp oxy dùng khi cần hỗ trợ hô hấp.

- Trong trường hợp tăng áp lực nội sọ, có thể tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch urê 30%.

- Tuyệt đối không dùng morphin vì sẽ làm suy giảm hô hấp.

- Phẫu thuật thần kinh.

ĐAU DÂY THẦN KINH

1. Định nghĩa

Đau dây thần kinh là đau kịch phát ở trong vùng kiểm soát của một dây thần kinh cảm giác, nhiều khi không có nguyên nhân thực thể rõ ràng.

Các cơn đau thường ở một bên, phát sinh việc kích thích một số vùng nhất định. Ngoài các cơn đau ra, không có rối loạn khách quan.

2. Triệu chứng

a) Đau dây thần kinh sinh ba

- Triệu chứng: có cơn đau mặt mang tính chất sau:

+ Đau cấp tính dữ dội: cơn đau thường ngắn và giữa các cơn thì không bị đau.

+ Cơn đau phát sinh khi ăn uống, nói hoặc khi bị lạnh ở mặt; đôi khi có những vùng tăng cảm giác ở mặt và khi sờ vào đó sẽ bắt đầu cơn đau.

+ Có những điểm đau khi ấn ở các điểm xuất lộ của các dây thần kinh: điểm giữa cung lông

https://tieulun.hopto.org

mày của nhánh mắt, lỗ dưới thị giác của nhánh hàm trên, lỗ cằm cho nhánh hàm dưới.

+ Đau không chịu được, nhiều khi gây ra co thắt các cơ ở mặt, chảy nước mắt và ứa nước bọt.

+ Đau xuất hiện theo chu kỳ: các khoảng cách không đau bị rút ngắn lại và cơn đau trở thành liên tục với cường độ đau tăng lên. Trong quá trình tiến triển, lúc đầu là một nhánh thần kinh sinh ba bị tổn thương rồi hai nhánh và sau cùng là cả ba nhánh thần kinh sinh ba bị tổn thương.

+ Không có rối loạn cảm giác khách quan hay cảm giác giác mạc.

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Đau nửa đầu: với dấu hiệu:

• Rối loạn mạch máu và nhiều khi có rối loạn tiêu hoá.

• Có triệu chứng đom đóm mắt.

• Rối loạn thị giác khác phối hợp.

- Đau do nguyên nhân tại chỗ như: hà răng, viêm xoang, bệnh ở mắt và tai. Có dấu hiệu:

+ Đau ít hơn và liên tục.

+ Tăng cảm giác.

- Đau khi bị bệnh Zona hoặc bệnh Zona thị giác. Có dấu hiệu:

+ Đau.

+ Nhức đầu.

+ Ban da ở vùng phân bố của nhánh trên dây thần kinh sinh ba.

https://tieulun.hopto.org

+ Hạch phía trước tai đau và to.

+ Liệt và có những vết đục ở giác mạc.

- Điều trị: các thuốc dùng để điều trị chứng đau dây thần kinh sinh ba ít có kết quả. Phẫu thuật cắt rễ cảm giác của dây thần kinh sinh ba là phương pháp có kết quả.

b) Đau dây thần kinh liên sườn

Các dấu hiệu của cơn đau là:

- Đau có thể giống Zona liên sườn nhưng không có mụn phỏng ở da.

- Vị trí đau thường gặp ở bên trái.

- Cơn đau có thể tái diễn sau những khoảng cách rất lâu hoặc chỉ có một cơn duy nhất.

- Có những điểm đau cạnh cột sống, cạnh xương ức và giữa nách.

c) Đau đám rối thần kinh cánh tay

- Triệu chứng đau có đặc điểm:

+ Vị trí đau: ở phần dưới của cổ, ở vai và lan xuống bả vai, ở chi trên và lan tới các ngón tay.

+ Đau thường tăng dội lên về ban đêm.

+ Đau tăng lên khi duỗi cưỡng ép cánh tay ra sau.

- Chẩn đoán phân biệt: cần phân biệt với cơn đau thắt ngực.

ĐAU DÂY THẦN KINH HÔNG

1. Định nghĩa

Đau dây thần kinh hông là hội chứng có đặc

https://tieulun.hopto.org

điểm là những chứng đau lan dọc theo đường đi của dây thần kinh hông.

2. Nguyên nhân gây bệnh

a) Thoát vị đĩa đệm: có thoát vị đĩa đệm cột sống khi nhân nhầy của một đĩa liên đốt sống thoát ra từ một chỗ rách của vòng xơ, lồi ra dưới dây chằng sau.

Khi các rễ sau bị chèn ép thì xuất hiện đau dây thần kinh hông.

Khi các rễ trước tổn thương, xuất hiện đau dây thần kinh hông gây liệt.

Đĩa đệm hay bị tổn thương nhất là ở giữa đốt sống thắt lưng thứ 5 (L5) và đốt sống cùng thứ nhất (S1) gọi là đĩa đệm cột sống thắt lưng thứ 5. Rễ thần kinh hay bị tổn thương nhất là rễ thần kinh ở ngay dưới đĩa đệm bị tổn thương. Ví dụ: rễ thần kinh S1 bị tổn thương xảy ra khi có thoát vị đĩa đệm L5.

b) Viêm cứng khớp sống: gặp phổ biến ở đốt sống thắt lưng thứ 5 (L5), có những hư biến ở các khớp cùng chậu.

c) Bệnh lao cột sống (bệnh Pott): đau dây thần kinh hông nhiều khi ở hai bên.

d) Trượt đốt sống: đốt thắt lưng thứ 5 (L5) hay thứ 4 (L4) trượt ra phía trước trên đốt sống kề dưới.

e) U xương sống: thường là thứ phát (gọi là di căn đốt sống).

f) Loãng xương: gặp chủ yếu là bệnh loãng xương sau mãn kinh.

https://tieulun.hopto.org

g) Viêm nhiều dây thần kinh: gặp trong bệnh đái tháo đường, nhiễm độc.

h) Đau dây thần kinh hông của người lái xe ô tô: gặp ở người lái xe ô tô lâu năm do giữ chân ở tư thế căng mạnh và kéo dài.

3. Triệu chứng

Lúc khởi đầu của đau dây thần kinh hông thường dữ dội, đôi khi xảy ra khi cử động cố gắng hay nhân một chấn thương (như: ngã ngồi, ngã đập thắt lưng).

a) Đau tự nhiên

- Đau dây thần kinh hông L5: đau từ vùng thắt lưng và đi xuống dọc theo mặt ngoài đùi và mặt trước ngoài cẳng chân.

- Đau dây thần kinh hông S1: đau cũng từ vùng thắt lưng rồi đi xuống dọc theo mặt sau hay mặt sau - ngoài cẳng chân.

- Cường độ đau: thay đổi, đôi khi đau rất mạnh và không giảm đau khi nghỉ ngơi, đau tăng lên khi người bệnh ho hoặc hắt hơi.

b) Dấu hiệu đau

Các điểm đau: cần tìm vị trí của các điểm đau như sau:

- Điểm Walleix: đau tăng lên khi ấn vào các điểm xuất lộ của thần kinh hông ở khoeo chân và ở rãnh mấu chuyển - ụ ngồi.

- Các điểm đốt sống: đau tăng khi ta ấn vào khoảng liên gai hay vùng cạnh cột sống ở các

https://tieulun.hopto.org

khoảng L4-L5 (đốt thắt lưng thứ 4 và đốt thắt lưng thứ 5) và L5-S1 (đốt thắt lưng thứ 5 và đốt sống cùng thứ 1).

- Dấu hiệu Lasègue.

Cách tìm dấu hiệu Lasègue như sau: để người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Ta gấp chi bị đau lên bụng và ghi nhận góc gấp tối đa khi bắt đầu đau mạnh khiến người bệnh phải gập đầu gối lại. Kết quả như vậy là ta có dấu hiệu Lasègue dương tính.

c) Quan sát cột sống thắt lưng - cùng

- Tư thế cột sống: thường vẹo cột sống lồi về phía bên lành.

- Thay đổi độ ưỡn thắt lưng: có thể thấy cột sống thắt lưng thẳng và độ cong bị xoá đi.

- Cứng cột sống: cho người bệnh cúi ra trước và ưỡn ra sau không gập khớp gối, khoảng cách giữa đầu ngón tay và mặt đất giúp ta xác định mọi sự thay đổi về độ cứng của cột sống.

Các động tác nghiêng sang bên phải hoặc bên trái và xoay người cũng bị giới hạn và đau.

d) Dấu hiệu thần kinh chi dưới

- Rối loạn cảm giác: giảm cảm giác hay mất cảm giác ở những vùng thuộc sự phân bố của dây thần kinh hông, định khu rối loạn cảm giác thay đổi tuỳ theo rễ thần kinh bị tổn thương.

- Đau dây thần kinh hông L5: đau mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mu bàn chân và ngón cái.

https://tieulun.hopto.org

- Đau dây thần kinh hông S1: đau mặt sau đùi, phần sau hay phần sau - ngoài cẳng chân và bờ ngoài bàn chân.

- Rối loạn vận động:

+ Liệt nhẹ khi duỗi và gấp bàn chân. Dấu hiệu này được phát hiện khi người bệnh đi theo cách kiễng chân.

+ Giảm trương lực cơ và có dấu hiệu hạ nếp mông bên tổn thương.

- Rối loạn dinh dưỡng ở các cơ của bụng chân và đùi, dần dần gây teo cơ.

4. Chẩn đoán phân biệt

a) Đau góc cùng - chậu: do hư biến khớp cùng - chậu.

- Đau lan xuống dọc theo mặt sau đùi và xuống thấp hơn.

- Có điểm đau tương ứng với khớp cùng - chậu.

b) Đau góc chậu - đùi: do tổn thương của khớp chậu - đùi (khớp háng).

- Đau không vượt qua khớp gối.

- Có rối loạn cử động khớp háng.

c) Đau dây thần kinh khác ở chi dưới

- Đau ở mặt trước đùi.

- Đau đùi - da (đau đùi dị cảm): có dấu hiệu đau ở mặt ngoài đùi kèm dấu hiệu dị cảm.

- Rối loạn tuần hoàn ở chi dưới: gặp trong bệnh xơ cứng động mạch, giãn tĩnh mạch, viêm nghẽn tĩnh mạch.

https://tieulun.hopto.org

5. Điều trị

a) Điều trị nội khoa

- Giai đoạn cấp tính: trong giai đoạn đầu tiên của bệnh người ta áp dụng các biện pháp sau:

+ Bất động: nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường.

+ Dùng thuốc giảm đau: dùng các thuốc salicylat, phenacitin hoặc phenylbutazon.

Chú ý: không dùng loại thuốc morphin, codein.

+ Vitamin B không có hiệu quả rõ rệt.

+ Kéo đốt sống: có thể làm bệnh thuyên giảm.

- Giai đoạn mạn tính:

+ Tắm nước nóng và nước khoáng.

+ Xoa bóp phối hợp với liệu pháp vận động: lúc đầu, người bệnh vận động thụ động; sau đó chuyển sang tập chủ động khi dấu hiệu đau giảm.

b) Điều trị phẫu thuật: áp dụng đối với các thể bệnh:

- Thể liệt các cơ cẳng chân.

- Thể mạn tính có dấu hiệu đau dây thần kinh hông dữ dội mà điều trị nội khoa không có kết quả.

BỆNH ĐỘNG KINH

1. Định nghĩa

Bệnh động kinh là hội chứng kịch phát mạn tính, có đặc điểm là những cơn co giật hoặc không co giật kèm theo hiện tượng giảm hoặc

https://tieulun.hopto.org

mất ý thức và đôi khi tăng hoạt động của hệ thần kinh dinh dưỡng.

2. Nguyên nhân gây bệnh

Có hai loại động kinh với nguyên nhân khác nhau:

a) Động kinh không rõ nguyên nhân

Động kinh không có nguyên nhân được xác định hoặc không có tổn thương ở não.

Động kinh di truyền: tính chất di truyền của động kinh không rõ nguyên nhân đã được xác nhận qua những rối loạn chức năng ở não của cha mẹ người bệnh.

b) Động kinh triệu chứng: do nguyên nhân gây bệnh rõ ràng và được xác định hoặc do tổn thương não.

- Bệnh não:

+ U não (kể cả u lao ở não), áp xe não.

+ Chấn thương sọ não: động kinh xảy ra do chảy máu động mạch não giữa, do lún xương ép vào não, do sẹo xuất hiện vài tháng sau chấn thương nhẹ như đụng giập não.

+ Chấn thương sản khoa hoặc bệnh não trẻ em.

- Bệnh toàn thân có ảnh hưởng tới não hoặc định vị ở não.

+ Rối loạn tuần hoàn: động kinh khu trú có thể xảy ra trong các bệnh như nhũn não, tắc mạch não.

https://tieulun.hopto.org

Bệnh não có thể lan toả ở người bệnh huyết áp cao, trong đó có thiếu máu não cục bộ cấp tính.

+ Nhiễm độc: do nhiễm độc rượu, nhiễm độc insulin, nhiễm độc carbon oxyd, nhiễm độc Pb (chì) hoặc Hg (thuỷ ngân).

+ Nhiễm khuẩn: các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính có thể gây cơn co giật ở trẻ nhỏ do hậu quả của sốt cao hoặc do tổn thương não trong bệnh viêm não.

+ Rối loạn chuyển hoá: động kinh có thể gặp trong các bệnh tăng urê máu (thuộc phạm vi bệnh não tăng huyết áp), bệnh giảm glucose máu (do tiêm insulin).

3. Hoàn cảnh xuất hiện

Động kinh không có nguyên nhân thường khởi phát lúc còn bé hoặc ở tuổi thanh niên.

Có thể nêu lên hoàn cảnh xuất hiện các cơn động kinh một cách khái quát như sau:

- Ở trẻ em: do chấn thương sản khoa, viêm não, nghẽn tĩnh mạch não.

- Ở thanh niên: động kinh thường không rõ nguyên nhân.

- Ở người lớn: do u não, nghiện rượu, chấn thương sọ não, rối loạn mạch máu não.

- Ở người cao tuổi: do xơ cứng động mạch não, u não.

4. Triệu chứng

Người ta phân biệt hai thể bệnh lâm sàng chủ yếu như sau:

https://tieulun.hopto.org

a) Thể động kinh toàn thân

- Các dấu hiệu trước cơn động kinh:

+ Các tiền triệu: thể hiện các dấu hiệu lâm sàng trước khi lên cơn (như nhức nửa đầu, thay đổi tính tình, đau dây thần kinh, đánh trống ngực, run chân tay...).

+ Hiện tượng thoáng qua vận động: chớp mắt, nghiến răng, chân tay vận động nhanh.

+ Hiện tượng thoáng qua cảm giác: cảm giác rát bỏng, cảm giác kiến bò.

+ Hiện tượng thoáng qua giác quan: loá mắt, đom đóm mắt, ù tai, ngửi thấy mùi khét, ăn thấy vị khó chịu.

+ Hiện tượng thoáng qua tâm thần: lo lắng, cơn tức giận, khi ngủ hay có giấc mơ.

+ Hiện tượng thoáng qua phủ tạng: nấc, đánh trống ngực, buồn nôn, đau ngực.

- Cơn co giật toàn thân: xuất hiện cơn động kinh, diễn biến theo ba giai đoạn:

+ Giai đoạn co cứng: cơ chân tay co cứng, lồng ngực và cơ hoành bất động ở tư thế thở ra gắng sức, hàm khép chặt, răng nghiến, mắt trợn ngược.

+ Giai đoạn co giật: có những cơn giật đột ngột, lưỡi bị đẩy ra ngoài từng cái nhanh trong khi hàm răng khít chặt, do đó người bệnh cắn phải lưỡi. Các cơ mặt co giật làm người bệnh nhăn nhó. Có hiện tượng tăng tiết nước bọt nên người bệnh sùi bọt mép.

https://tieulun.hopto.org

Các cơ thắt (cơ trơn) giãn ra nên người bệnh có thể đái dầm (tiểu tiện không tự chủ).

+ Giai đoạn hôn mê: người bệnh bất động, chùng giãn cơ, mất cảm giác và mất ý thức.

Lúc tỉnh dậy, người bệnh đau khắp mình mẩy và ý thức bị u ám.

b) Thể động kinh khu trú: còn gọi là thể động kinh Bravais - Jackson, có các dấu hiệu:

- Co giật bắt đầu ở bàn tay, bàn chân hoặc ở mặt và sau lan sang các phần bên cạnh.

- Cơn giật có thể khu trú ở nửa người hoặc lan ra toàn thân.

- Không mất ý thức.

5. Chẩn đoán xác định

Xác định bệnh động kinh có thể dựa vào các yếu tố sau:

- Cơn kịch phát: có đặc điểm:

+ Co giật từng cơn.

+ Người bệnh có rối loạn ý thức.

- Có tổn thương ở não hoặc bệnh não.

- Có vết bầm tím hoặc vết thương khi người bệnh bị ngã, có vết cắn lưỡi.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Ngất: trong chứng ngất có dấu hiệu:

+ Không có động tác co giật.

+ Giảm trương lực cơ.

https://tieulun.hopto.org

+ Giảm huyết áp.

- Bệnh hysteria: còn gọi là cơn hysteria (đọc là íttêri). Cơn hysteria có đặc điểm:

+ Khởi đầu kém đột ngột.

+ Lưng cong, các co cơ kém nhịp nhàng.

+ Không có vết cắn lưỡi.

7. Điều trị

Cần lưu ý:

- Không điều trị người bệnh lúc đang cơn động kinh.

- Sau cơn để người bệnh nằm yên tĩnh.

a) Nguyên tắc chung của việc điều trị bệnh động kinh

- Không tiến hành điều trị nếu không có chẩn đoán chính xác bệnh.

- Bắt đầu sử dụng một thứ thuốc với liều lượng tăng dần cho đến khi có hiệu quả.

- Có thể phối hợp với thuốc thứ hai, không ngừng đột ngột một liệu pháp chữa trị bệnh động kinh vì có thể gây ra một cơn động kinh liên tục.

b) Các thuốc điều trị

- Các barbituric: phenobarbital (như: gardenal, luminal) là thuốc chống co giật có hiệu quả. Có thể cho liều lượng tăng dần đến 0,4g/24h; mysolin được dùng với liều lượng 0,75-1g/24h.

- Diphenylhydantoin: dùng liều lượng 0,05-1g/24h (các biệt dược là: antisacer, solantyl, dihydan, epanutin). Thuốc diphenylhydantoin dùng để điều

https://tieulun.hopto.org

trị thể động kinh khu trú có hiệu quả hơn là thuốc phenobarbital. Có thể phối hợp thuốc diphenylhydantoin với thuốc phenobarbital.

- Diazepam (biệt dược: valium): có thể tiêm tĩnh mạch chậm với liều lượng 10mg - 20mg.

- Các amphetamin: có thể giúp ích để chống hiện tượng trầm cảm của một số thuốc điều trị động kinh.

c) Các biện pháp khác giúp cho điều trị

- Tuyệt đối kiêng rượu.

- Cho chế độ ăn chứa nhiều vitamin và hoa quả.

- Tránh các hoạt động nguy hiểm như: lái xe ô tô, lái xe máy.

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM ĐỐT SỐNG

1. Định nghĩa

Thoát vị đĩa đệm đốt sống là sự lồi ra của nhân nhầy của một đĩa liên đốt sống qua một chỗ rách của vòng xơ.

Thể hay gặp nhất là thoát vị đĩa đệm đốt sống thắt lưng, biểu thị ra bằng hội chứng dây thần kinh hông do chèn ép vào các rễ thần kinh.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây nên bệnh thoát vị đĩa đệm đốt sống thường là do chấn thương. Các rối loạn có thể xuất hiện ngay tức thì hoặc sau một thời gian.

https://tieulun.hopto.org

Nghĩ đến thoát vị đĩa đệm đốt sống chỉ khi nào có hội chứng chèn ép rễ thần kinh hoặc tuỷ sống.

Nhân nhầy của một đĩa đệm liên đốt sống có thể lồi qua chỗ rách của vòng xơ ra trước hoặc ra sau:

- Trong trường hợp nhân nhầy lồi ra trước: thoát vị đĩa đệm đốt sống không có triệu chứng và khỏi tự nhiên không cần điều trị.

- Trong trường hợp nhân nhầy lồi ra sau: thoát vị đĩa đệm đốt sống có thể không có triệu chứng hoặc biểu hiện ra bằng cách chèn ép các rễ dây thần kinh và tuỷ sống.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Thoát vị đĩa đệm đốt sống biểu hiện ra bằng dấu hiệu lâm sàng:

+ Đau: đau phát sinh ở vùng thắt lưng - cùng và lan ra mông, đùi, bắp chân.

+ Rối loạn vận động ở chi dưới, giảm trương lực cơ và liệt nhẹ chi dưới.

Các biểu hiện triệu chứng đầu tiên có thể xuất hiện:

+ Theo sau một chấn thương ngã ngồi, lưng đập vào vật cứng rắn.

+ Khởi đầu trong một động tác đột ngột như trượt chân, cúi ra phía trước.

+ Trong bệnh sử có những giai đoạn đau thắt lưng báo hiệu.

- Quan sát người bệnh, ta có thể thấy:

+ Mất đường cong thắt lưng; có khi thấy gù thắt lưng, vẹo cột sống.

https://tieulun.hopto.org

+ Chuyển động của cột sống giảm, các cơ cạnh cột sống căng ở một bên và có dấu hiệu đau khu trú ở gần mấu gai phía trên đĩa đệm đốt sống bị tổn thương.

- Dấu hiệu Lasègue dương tính (xem bài Đau dây thần kinh hông).
- Giảm sút vận động và teo cơ ở chi dưới.
- Rối loạn cảm giác ở bàn chân, cẳng chân.

4. Chẩn đoán bệnh theo định khu

Có hai vị trí quan trọng của bệnh thoát vị đĩa đệm đốt sống mà chúng ta thường gặp là:

a) Thoát vị đĩa đệm đốt sống giữa L4 và L5

Có các dấu hiệu lâm sàng học:

- Rối loạn cảm giác ở cổ chân và ngón chân cái.
- Rối loạn vận động: động tác gấp bàn chân và ngón cái về phía mu bàn chân bị suy yếu.
- Phản xạ gân gót chân bình thường và đối xứng.

b) Thoát vị đĩa đệm đốt sống giữa L5 và S1

Có các dấu hiệu lâm sàng như sau:

- Rối loạn cảm giác ở bờ bên bàn chân và ba ngón cuối.
- Động tác duỗi bàn chân, ngón chân cái và các cơ vuông bị suy yếu.
- Phản xạ gân gót chân giảm hoặc mất ở bên tổn thương.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Tổn thương do chấn thương thân cung đốt sống.

https://tieulun.hopto.org

- Viêm đốt sống, lao cột sống (bệnh Pott).
- Viêm cứng đốt sống.
- Tổn thương thoái hoá cột sống, đặc biệt là bệnh hư cột sống hoặc hư xương sụn.
- Dị dạng đốt sống, trượt đốt sống.

6. Điều trị

a) Điều trị bảo tồn

- Nằm nghiêng trên giường cứng.
- Chườm nóng tại chỗ trên vùng thắt lưng.
- Dùng thuốc salicylat.
- Kéo cột sống.
- Người bệnh tránh mọi gắng sức và khi cúi ra phía trước phải gấp đùi.

b) Phẫu thuật: được chỉ định trong các thể nặng có dấu hiệu rối loạn vận động hoặc dấu hiệu chèn ép tuỷ sống (liệt mềm hai chi dưới và về sau có thể chuyển sang co cứng, mất cảm giác).

NHỨC ĐẦU

1. Nguyên nhân

Rối loạn vận mạch trong não: thường thấy triệu chứng nhức đầu trong các bệnh nhiễm khuẩn và sốt, trạng thái thiếu oxy trong máu, nhiễm độc rượu, nhiễm độc thuốc lá, trạng thái đói.

- Đau nửa đầu: đau ở một bên đầu xảy ra thành từng cơn. Dùng ergotamin tartrat để điều trị thử.

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh tăng huyết áp: nhức đầu xảy ra vào buổi sáng và nhức đầu ở vùng chẩm.

- Viêm động mạch thái dương: đau đầu ở hai bên.

- Các nguyên nhân ở não: bệnh tăng áp lực nội sọ, bệnh u não, bệnh áp xe não, bệnh viêm màng não.

- Các nguyên nhân ngoài sọ: viêm xoang, viêm tai giữa, viêm xương chũm, bệnh glaucome (glôcôm) ở mắt.

- Nhiễm độc các chất: rượu, carbon oxyd, thuốc lá, thuốc histamin (thuốc histamin gây nhức đầu một bên, giãn mạch nửa đầu và chảy nước mắt).

- Nhức đầu sau chấn thương sọ.

2. Chẩn đoán

- Dựa vào những đặc điểm của cơn nhức đầu ở người bệnh, như: kiểu đau, cường độ và vị trí của đau, thời gian đau, tỷ lệ các cơn đau.

- Nhức đầu thông thường không phải bao giờ cũng có một vị trí rõ mặc dù nhiều khi nhức đầu ở vùng chẩm và vùng trên hố mắt.

- Nhức đầu được khởi phát và tăng lên do trạng thái tăng xúc cảm hoặc lo lắng.

3. Điều trị

a) Các biện pháp chung

- Nghỉ ngơi thể lực và tâm thần.

- Dùng thuốc an thần: gardenal, lumival.

https://tieulun.hopto.org

- Thuốc chống đau: không nên dùng liên tục trong thời gian dài. Dùng thuốc acid acetyl salicylic, uống với liều lượng 1-3g trong 24 giờ. Có thể phối hợp với codein (uống với liều lượng 0,01-0,10g trong 24 giờ).

b) Điều trị nguyên nhân gây bệnh: điều trị xoá bỏ nguyên nhân khi nguyên nhân gây nhức đầu được xác định.

NHỨC NỬA ĐẦU

1. Định nghĩa

Bệnh nhức nửa đầu còn gọi là bệnh Migraine. Bệnh có đặc điểm là có những cơn nhức đầu tái hồi, có hay không có kèm theo các rối loạn thị giác và tiêu hoá.

2. Nguyên nhân

- Bệnh mang tính chất di truyền rõ rệt. Có thể phát hiện được nguyên nhân dị ứng, nguyên nhân nội tiết hay nguyên nhân tiêu hoá.

- Một số rối loạn tâm thần (như mặc cảm, tự ti), một cảm xúc quá mức có thể gây ra trạng thái căng thẳng và gây nên chứng nhức nửa đầu.

- Co thắt các động mạch não gây nên rối loạn thần kinh nhất thời có thể dẫn đến cơn nhức nửa đầu.

- Co cứng phản xạ các cơ cổ và gáy góp phần tạo nên chứng nhức nửa đầu.

https://tieulun.hopto.org

3. Triệu chứng lâm sàng

- Nhức nửa đầu (còn gọi là đau nửa đầu) thường gặp ở bên trái. Đau có thể liên tục, có tính chất đập và đau tăng lên bởi các cử động của đầu.

- Cơn nhức nửa đầu có kèm theo dấu hiệu toàn thân, dễ kích động, da xanh tái, buồn nôn và nôn, rối loạn tiêu hoá.

- Có khi có dấu hiệu đom đóm mắt trước khi xuất hiện cơn đau đầu. Thường hay có dấu hiệu sợ ánh sáng, chảy nước mắt và sung huyết kết mạc.

Ghi chú:

- Lúc hết cơn có dấu hiệu:

+ Thải trừ nhiều nước tiểu.

+ Biểu hiện triệu chứng dạng cơn hen hoặc phù mạch, loạn thần kinh chức năng ở mi mắt (gọi là phù Quinck).

- Giữa các cơn: người bệnh hoàn toàn khoẻ mạnh.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với bệnh u não hay bệnh tai biến mạch máu não khi có hai dấu hiệu:

- Nhức nửa đầu.

- Liệt nửa người.

5. Điều trị

a) Điều trị cơn nhức nửa đầu

- Thuốc acid acetyl salicylic: uống với liều lượng 1-3g trong 24 giờ.

- Thuốc ergotamin tartrat: tiêm tĩnh mạch với liều lượng 0,05-0,10mg, mỗi tuần một lần.

https://tieulun.hopto.org

- Dùng hỗn hợp ergotamin tartrat và cafein có kết quả tốt.

Ghi chú:

+ Chống chỉ định dùng ergotamin trong các bệnh nhiễm khuẩn hay nhiễm độc, bệnh mạch máu ngoại biên, xơ cứng động mạch vành và trường hợp thai nghén.

+ Tác dụng độc của ergotamin có biểu hiện: cảm giác kiến bò ở chi, đau cơ, có khả năng tai biến mạch máu ngoại biên.

+ Dihydro ergotamin: có thể thay thế ergotamin tartrat, với liều lượng 1mg và dùng theo đường uống.

+ Cho ngửi oxy trong các cơn dữ dội.

b) Điều trị dự phòng

- Làm triệt toả cơn bằng các biện pháp:

+ Tắm ngâm nước nóng.

+ Nằm nghỉ trên giường trong tối.

+ Uống gardenal 0,1g.

+ Ngậm dưới lưỡi 3mg ergotamin tartrat.

+ Uống 0,5g acid acetyl - salicylic.

+ Ngửi oxy.

- Nhức nửa đầu có thể là một bệnh tâm thần - thân thể, do vậy, có thể dùng biện pháp tâm lý là có cơ sở.

BỆNH PARKINSON

Bệnh Parkinson còn gọi là bệnh liệt rung.

https://tieulun.hopto.org

1. Định nghĩa

Bệnh Parkinson là bệnh có đặc điểm: run, cứng cơ và những động tác chậm chạp.

2. Nguyên nhân

Người ta phân biệt:

- Bệnh Parkinson không rõ nguyên nhân.
- Bệnh Parkinson thứ phát sau viêm não.

a) Bệnh Parkinson không rõ nguyên nhân

- Thường gặp ở người trên 50 tuổi và được gọi là bệnh Parkinson lão suy.
- Nguyên nhân của bệnh không do xơ cứng động mạch và chưa được biết rõ.
- Sốc cảm xúc hay chấn thương: xuất hiện vào lúc khởi đầu của bệnh và được lưu ý tới một rối loạn kín đáo đã có từ trước.

b) Bệnh Parkinson sau viêm não

- Xuất hiện sau bệnh viêm não một thời gian vài tháng hoặc vài năm.
- Có thể gặp ở người trẻ tuổi.
- Bệnh Parkinson chứng tỏ rằng quá trình nhiễm khuẩn chưa hết hẳn.

Ngoài hai thể bệnh Parkinson chủ yếu trên đây, người ta còn chú ý đến trạng thái Parkinson để chỉ những thương tổn của hệ thống ngoài bó tháp. Trạng thái Parkinson có thể gặp trong một số bệnh sau:

+ Nhiễm độc: carbon oxyd, thuỷ ngân (Hg), thuốc barbituric.

https://tieulun.hopto.org

+ Thiếu oxy trong tế bào não (ví dụ: sau khi thắt cổ).

+ Thuốc an thần thuộc loại phenothiazin, reserpin.

+ Các bệnh của hệ thần kinh trung ương như: rối loạn mạch máu não, chấn thương sọ. Các bệnh này gây ra một số rối loạn ngoài bó tháp.

3. Triệu chứng lâm sàng

a) Thời kỳ bắt đầu

- Bệnh bắt đầu âm ỉ cho tới mức run.
- Các động tác chậm chạp.
- Nét mặt trơ lỳ (vô cảm).

b) Thời kỳ toàn phát

- Run các ngón tay khi nghỉ ngơi (gọi là run thể tĩnh). Hiện tượng run giảm đi khi có động tác có ý thức và tăng lên trong trạng thái cảm xúc. Hiện tượng run ngón tay mất đi trong khi ngủ.
- Cứng cơ:

+ Tăng trương lực cơ nên động tác tự chủ của người bệnh gặp khó khăn.

+ Tăng trương lực cơ ngoài bó tháp có tính chất lan toả và có xu hướng cố định các tư thế.

+ Có sự tăng giảm của trương lực cơ qua các cử động thụ động của cẳng tay và cánh tay.

+ Cơ lực hữu ý không giảm rõ rệt, các phản xạ tư thế tăng lên.

- Vẻ mặt trơ lỳ: các cơ ở mặt bất động và vẻ

https://tieulun.hopto.org

mặt đờ đẫn, mắt mờ và chảy nước mắt, tăng tiết nước bọt nên có hiện tượng nước bọt ứa ra ở mép.

- Cử động chậm chạp.

- Mất các động tác tự động và phối hợp (ví dụ: khi đi không vung vẩy tay), dáng đi vội vã, thể hiện qua hiện tượng người bệnh đi từng bước nhỏ nhanh và thân cúi ra phía trước. Người bệnh gặp khó khăn khi xoay người ở trên giường và đứng dậy có khi bị ngã.

- Lúc đầu, lời nói chậm, sau đó trở thành nói khó và nhanh.

- Trạng thái tâm thần của người bị bệnh Parkinson vẫn được giữ nguyên vẹn.

Ghi chú:

Trong bệnh Parkinson sau viêm não, các rối loạn trí tuệ có thể nặng lên, tăng trương lực cơ, run ngón tay có thể không xuất hiện vì dấu hiệu liệt rung không có "rung".

4. Chẩn đoán xác định

- Thể không rõ nguyên nhân: gặp ở người từ 50 tuổi trở lên.

- Run ngón tay khi nghỉ ngơi và có động tác bẻ vụn liên tục (gọi là động tác vê thuốc lào), nét mặt trơ lỳ.

- Dáng đi vội vã, hiện tượng cứng cơ thay đổi khi làm các cử động tự động.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Xơ cứng động mạch rải rác:

https://tieulun.hopto.org

+ Run hữu ý.

+ Rung giật nhãn cầu.

- Run lão suy:

+ Dấu hiệu run tay tăng lên khi cử động hữu ý.

+ Không có dấu hiệu cứng cơ.

- Xơ cứng động mạch não:

+ Mất trí.

+ Có cơn đột quỵ xảy ra trước.

6. Tiến triển

Tiến triển tốt hay xấu của bệnh phụ thuộc phần lớn vào việc chăm sóc người bệnh từ giai đoạn tàn tật.

7. Điều trị

a) Điều trị toàn thân

- Liệu pháp tâm lý:

+ Người bệnh cố gắng duy trì mọi hoạt động của bản thân.

+ Tránh mọi cảm xúc làm cho bệnh nặng thêm.

- Xoa bóp và thực hiện các cử động thụ động có tác dụng tốt đối với cứng cơ.

b) Điều trị đặc hiệu

- Dùng thuốc giảm đau và thuốc ngủ.

- Amphetamin: có hiệu quả khi suy nhược, liều lượng 10mg x 2 lần/24 giờ.

- Thuốc chống co thắt: dùng với liều lượng tăng dần.

+ Atropin sulfat hay scopolamin brom hydrat:

https://tieulun.hopto.org

dùng liều lượng 0,3-0,4mg/24 giờ và tăng liều lượng dần lên cho tới mức gây khô miệng và rối loạn điều tiết.

+ Datura stramonium: thuốc loại bột, dùng liều lượng 0,3-0,7g/24 giờ hoặc thuốc loại viên 0,1g/viên.

Ghi chú: để làm giảm tác dụng độc hại của các thuốc trên, có thể dùng thêm thuốc pilocarpin với liều lượng 0,5 mg/24 giờ.

- Rabellon: bắt đầu cho uống 1 viên/24 giờ và tăng dần tới 3-4 viên mỗi ngày.

- Parpamit: cho dùng liều lượng 20-40mg/24 giờ và chia làm 5-6 lần để uống, bắt đầu uống liều lượng nhỏ rồi tăng dần, liều tối đa: 150mg/24 giờ.

- Diparcol: dùng với liều lượng 0,1-0,5mg/24 giờ, chia làm 5-6 lần rồi tăng dần cho tới liều tối đa hằng ngày là 2g.

- Artane: dùng liều lượng 1-5mg x 3 lần/24 giờ.

c) Điều trị phẫu thuật

Áp dụng trong trường hợp bệnh Parkinson nửa người.

TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Tai biến mạch máu não cùng nghĩa với chảy máu não, nghẽn mạch não, tắc mạch não, đột quỵ não.

1. Định nghĩa

Tai biến mạch máu não là những tổn thương

https://tieulun.hopto.org

gây ra do một tổn thương của mạch máu não, đôi khi ở ngoài não, tiến triển trong thời gian ngắn đến những hội chứng thần kinh nhẹ hoặc nặng và có khả năng hồi phục.

2. Nguyên nhân

Các thể bệnh của tai biến mạch máu não có nguyên nhân khác nhau.

a) Chảy máu não

- Xơ cứng động mạch, có khi xơ cứng động mạch kèm tăng huyết áp.
- U não.
- Chấn thương sọ.
- Xúc cảm, gắng sức (như: ho, nôn...) là những yếu tố khởi phát.

Chảy máu thường xảy ra ở trong động mạch não giữa, ở bên trái hơn là ở bên phải.

b) Nghẽn mạch não

- Xơ cứng động mạch.
- Nhiễm độc chì (Pb) mạn tính.
- Suy tim, tăng hồng cầu.

Nghẽn một động mạch gây ra nhồi máu kèm nhũn vùng não được tưới máu.

c) Tắc mạch não

- Bệnh tim trái như hẹp lỗ van hai lá, viêm màng trong tim chậm: gặp ở người trẻ tuổi.
- Nhồi máu cơ tim, bệnh rung nhĩ thất: gặp ở người lớn tuổi.

https://tieulun.hopto.org

Tắc mạch não do cục máu đông (hoặc do mỡ, do hơi) bít động mạch não lại và gây ra nhồi máu não. Nếu cục máu đông bị nhiễm khuẩn thì có thể hình thành áp xe não.

d) Thiếu máu não cục bộ nhất thời

- Do thu hẹp lòng các mạch máu ngoài não, như: trong bệnh hẹp lòng động mạch cảnh trong, tắc động mạch dưới đòn.

- Tắc mạch do các mảnh rất nhỏ của các mảng vữa động mạch ở trong hoặc ở ngoài não.

- Thiếu máu nặng, tăng hồng cầu.

- Giảm glucose máu.

3. Triệu chứng

Bệnh cảnh lâm sàng của tai biến mạch máu não là một đột quỵ có hoặc không kèm theo liệt nửa người.

Triệu chứng lâm sàng như sau:

a) Dấu hiệu báo trước: ít khi có, có thể chảy máu não kèm một vài động tác co giật. Tắc mạch não bao giờ cũng bắt đầu một cách đột ngột.

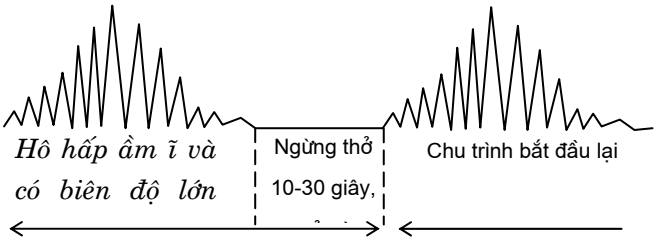
b) Thời gian hôn mê: nếu thời gian hôn mê kéo dài quá 48 giờ thì tiến triển của bệnh thường xấu.

- Mặt đỏ.

- Đồng tử không phản ứng với ánh sáng, phản xạ giác mạc mất.

- Thở khò khè, dần dần xuất hiện nhịp thở Cheyne - Stokes làm cho bệnh tiến triển xấu.

https://tieulun.hopto.org



Nhịp thở Cheyne - Stokes

Nhịp thở Cheyne - Stokes là một thể khó thở kịch phát, xuất hiện vào lúc người bệnh thiếp ngủ: sau một thời gian ngừng thở vào khoảng 30 giây, nhịp thở xuất hiện lại, dần dần trở nên thở sâu hơn để lại tiếp tục thở nông dần cho đến khi xảy ra một thời kỳ ngừng thở mới.

Người bệnh ngủ gà trong lúc ngừng thở và tỉnh lại ít nhiều trong các giai đoạn thở.

- Nhiệt độ tăng.

c) Dấu hiệu thần kinh

- Thường xuất hiện liệt nửa người và rối loạn lời nói.
- Có thể thấy liệt phối hợp mắt và đầu, liệt mặt.
- Phản xạ gân giảm do sốc thần kinh.
- Phản xạ gan bàn chân: duỗi ở bên liệt (dấu hiệu Babinski dương tính).

4. Tiến triển

- Trường hợp thương tổn ít quan trọng: người bệnh sống sót và các rối loạn thần kinh thuyên

https://tieulun.hopto.org

giảm. Khả năng vận động hồi phục tốt ở chi dưới hơn là ở chi trên.

Còn lại dấu hiệu cứng và rung về một chi hoặc một bên người, rối loạn lời nói còn tồn tại.

- Một số ít trường hợp có sự thuyên giảm hoàn toàn.

- Trường hợp tiến triển xấu có các dấu hiệu: hôn mê kéo dài, sốt cao, mạch và nhịp thở tăng dần. Người bệnh có thể tử vong do viêm phế quản - phổi hoặc do nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

5. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng học sau đây:

- Xuất hiện đột ngột các rối loạn thần kinh, mất ngôn ngữ nhẹ, rối loạn khu trú về vận động và cảm giác hoặc liệt nửa người, hôn mê.

- Lúc đang bị bệnh: thường xảy ra nhức đầu, có thể kèm theo dấu hiệu phản ứng màng não và co giật, nôn.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Co thắt mạch máu não:

+ Không có hôn mê.

+ Dấu hiệu thần kinh xuất hiện trong thời gian ngắn.

+ Xanh tái.

- Chứng đờ đẫn sau cơn động kinh:

+ Cắn vào lưỡi.

https://tieulun.hopto.org

+ Không có liệt nửa người.

+ Có thể bị đột quỵ trong khi lên cơn.

- Viêm màng não và viêm não.

- Áp xe não: có trạng thái nhiễm khuẩn và có ổ nhiễm khuẩn ở tai, ở da hoặc ở phổi.

- U não:

+ Liệt nửa người.

+ Dấu hiệu tăng áp lực sọ não.

- Cảm nắng: có dấu hiệu say nắng trong tiền sử bệnh.

7. Điều trị

a) Điều trị tai biến mạch máu não

- Nằm nghỉ tuyệt đối.

- Cho ăn bằng thìa hoặc bằng ống thông cao su.

- Cần thay đổi tư thế thường xuyên để tránh tổn thương loét ở phần mềm và tránh viêm phổi do ứ máu khi nằm lâu dài.

- Hút đờm dãi để làm thông đường thở khi có nhiều dịch tiết gây khó thở.

- Bảo đảm các khớp không bị cố định ở tư thế xấu.

- Thuốc an thần barbituric, không dùng morphin.

- Thuốc kháng sinh: dùng để điều trị và đề phòng nhiễm khuẩn.

- Tăng áp lực nội sọ: có thể chọc ống sống thắt lưng để lấy ra một lượng dịch não tuỷ đủ để hết triệu chứng nhức đầu. Kỹ thuật này chỉ được thực hiện ở cơ sở y tế chuyên khoa.

https://tieulun.hopto.org

b) Điều trị các di chứng

- Xoa bóp và vận động thụ động các cơ bị liệt: cần động viên người bệnh cố gắng cử động các cơ liệt.

- Để người bệnh ngồi dậy có chỗ dựa lưng với thời gian tăng dần.

- Tập đi sớm nếu có thể.

VIÊM DÂY THẦN KINH

1. Nguyên nhân

Các nguyên nhân thường gặp là:

- Chấn thương trực tiếp: đụng giập, kéo, ép, tiêm thuốc vào cơ bắp quá sâu.

- Nhiễm độc: thường gây viêm nhiễm dây thần kinh.

- Lạnh: gặp liệt mặt do lạnh.

2. Triệu chứng lâm sàng

a) Đau: những cử động gây căng hay ép dây thần kinh đều gây đau. Ngoài ra, dây thần kinh còn cảm thụ với động tác ấn mạnh vào các điểm xuất lộ. Ví dụ:

Các điểm Walleix đối với chứng đau dây thần kinh hông (xem bài Đau dây thần kinh hông).

b) Các rối loạn cảm giác: có rối loạn cảm giác ở khu vực do dây thần kinh bị thương tổn chi phối.

c) Rối loạn vận động: có hiện tượng giảm cơ

https://tieulun.hopto.org

lực đơn thuần đến hiện tượng liệt các cơ được phân bố tác dụng của thần kinh.

- Cơ duỗi thường bị tổn thương nhiều hơn cơ gấp.
- Các phản xạ gân có liên quan giảm hoặc mất.
- Có teo cơ và những rối loạn vận mạch ở da.
- Da lạnh hay xanh tím.
- Co cứng có thể tiếp theo liệt.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Bệnh khớp:

+ Đau các khớp.

+ Các cử động bị giới hạn và teo cơ.

+ Không có rối loạn cảm giác.

- Không chẩn đoán là viêm dây thần kinh khi nào có phản xạ gân dương tính và còn nguyên vẹn mạch máu ở trong vùng bị thương tổn.

4. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân gây bệnh.
- Dùng thuốc: vitamin B1 và B12, thuốc giảm đau.
- Nghỉ ngơi và tránh co cứng khớp, cố gắng thực hiện các động tác chủ động.

VIÊM NHIỀU DÂY THẦN KINH

1. Định nghĩa

Viêm nhiều dây thần kinh là bệnh viêm các

https://tieulun.hopto.org

dây thần kinh ngoại biên cấp tính hay bán cấp rải rác, hai bên và đối xứng, tác động chủ yếu đến các phản xạ của tứ chi, gây ra các rối loạn cảm giác và vận động.

2. Nguyên nhân

- Thiếu vitamin, nhất là thiếu vitamin B1 (thiamin), tê phù, rối loạn ruột, thai nghén.

- Chuyển hoá: các bệnh do chuyển hoá như bệnh đái tháo đường, bệnh thiếu máu ác tính, bệnh gout (gút), suy mòn do bệnh lao.

- Bệnh nhiễm độc: nhiễm độc rượu kèm thiếu vitamin B1, nhiễm độc chì (Pb), nhiễm độc thuốc emetin.

- Bệnh nhiễm khuẩn: bệnh cúm, bệnh sốt rét, bệnh uốn ván, bệnh lậu, bệnh phong (hủi), bệnh bạch hầu.

Ghi chú: viêm nhiều dây thần kinh do nhiễm độc rượu chủ yếu gặp ở người lớn. Ở trẻ em, viêm nhiều dây thần kinh thường do bệnh bạch hầu gây nên.

3. Triệu chứng

Có những rối loạn thần kinh sau đây:

a) Rối loạn cảm giác

- Phối hợp cảm giác đau và bỏng ở bàn chân, đau tăng lên về ban đêm. Người bệnh thấy triệu chứng đau khi bị ép vào thân thần kinh.

- Rối loạn cảm giác ở ngoại biên: tăng triệu chứng đau, cảm giác giảm hoặc mất toàn bộ.

https://tieulun.hopto.org

- Mất cảm giác tư thế nên người bệnh mất thăng bằng tư thế.

b) Rối loạn vận động

- Có thể bệnh bắt đầu bằng rối loạn vận động.
- Các rối loạn này có thể dẫn tới liệt hoàn toàn các cơ duỗi bàn tay, sau đó dẫn tới liệt các cơ cẳng chân trước.
- Liệt nhẽo hai chân và kèm hiện tượng teo cơ.

c) Rối loạn phản xạ

Phản xạ gân và phản xạ da giảm, đôi khi mất phản xạ.

d) Rối loạn vận mạch

- Sung huyết da, rồi chuyển xanh tím.
- Rối loạn dinh dưỡng da.

4. Các thể bệnh theo nguyên nhân

a) Viêm nhiều dây thần kinh do nghiện rượu: thiếu vitamin B1 là yếu tố chủ yếu của nguyên nhân gây bệnh.

Triệu chứng lâm sàng có thể gặp:

- Đau ở hai chi dưới.
- Rối loạn khi người bệnh bước đi do liệt các cơ phía trước và ngoài cẳng chân (gọi là dấu hiệu chân rũ).
- Có tổn thương các cơ duỗi ở hai chi trên (gọi là dấu hiệu bàn tay thõng).
- Mất phản xạ gân không có dấu hiệu Babinski.
- Có thể liệt hai chi dưới, gặp trong trường hợp bệnh nặng.

https://tieulun.hopto.org

- Có thể thấy rối loạn tâm thần kèm dấu hiệu mất định hướng, hay quên.

- Thường có dấu hiệu của xơ gan.

b) Viêm nhiều dây thần kinh do bệnh đái tháo đường, triệu chứng lâm sàng có thể gặp:

- Thương tổn chủ yếu ở hai chi dưới gây nên mất phản xạ gân bánh chè.

- Có rối loạn cảm giác ở hai chi dưới, chủ yếu là giảm đau, giảm cảm giác và giảm nhiệt độ.

- Rối loạn thần kinh thực vật: có các dấu hiệu như ra nhiều mồ hôi, nhịp tim nhanh, giảm huyết áp tư thế đứng.

- Có thể gặp rối loạn các cơ thắt lưng và rối loạn sinh dục.

- Rối loạn dinh dưỡng: có rối loạn dinh dưỡng ở các đầu ngón chân do hai nguyên nhân.

+ Do thiếu máu cục bộ, gây nên bởi tắc động mạch.

+ Do thần kinh, dinh dưỡng.

c) Viêm nhiều dây thần kinh do bệnh bạch hầu, triệu chứng lâm sàng có thể gặp:

- Đầu tiên: liệt thể mi kèm rối loạn điều tiết nên gây ra rối loạn nhìn gần.

- Tiếp theo: có thể thấy liệt nhẹ hai chi dưới kèm rối loạn cảm giác.

d) Viêm nhiều dây thần kinh do nhiễm độc arsen (arsenic), triệu chứng lâm sàng có thể gặp:

- Đau: triệu chứng đau rất mạnh.

https://tieulun.hopto.org

- Rối loạn dạ dày - ruột.
- Mi mắt húp sưng.
- Có hiện tượng tăng sừng hoá ở da.
- Có tổn thương ở móng (tay, chân).
- Rối loạn vận động của ổ sau cẳng chân.

5. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào các yếu tố sau:

- Cảm giác đau và bỏng ở các phản xạ của tứ chi.

- Rối loạn cảm giác ngoại biên ở vùng chi phối bởi dây thần kinh, mất cảm giác tư thế kèm theo dấu hiệu mất thăng bằng.

- Giảm hoặc mất phản xạ, rối loạn vận động có thể dẫn tới liệt, teo các cơ bị tổn thương.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Xơ cứng rải rác.
- Teo cơ tiến triển.
- Viêm khớp, viêm cơ.
- Rối loạn thần kinh chức năng.
- Viêm tuỷ xám trước cấp tính.

7. Điều trị

a) Điều trị nguyên nhân gây bệnh

- Viêm nhiều dây thần kinh do nghiện rượu: cần phải cai tất cả các loại rượu.

- Viêm nhiều dây thần kinh do arsen: dùng dimecaprol (BAL) có hiệu quả.

https://tieulun.hopto.org

b) Các biện pháp chung

- Nằm nghỉ trên giường.
- Giữ các khớp ở tư thế tốt để tránh hậu quả co cứng khớp.
- Dùng thuốc giảm đau.
- Thực hiện các động tác chủ động khi người bệnh đã qua giai đoạn cấp tính của bệnh.

c) Điều trị đặc hiệu

Dùng thuốc vitamin B1 với liều lượng 10mg - 15mg x 3 lần mỗi ngày. Dùng vitamin B12 với liều lượng tối đa 1.000γ/24 giờ.

- Dùng acid nicotinic tiêm tĩnh mạch với liều lượng 100mg x 2 - 3 lần/24 giờ cho hiệu quả tốt.
- Men bia: uống 2-3 thìa cà phê mỗi ngày.

VIÊM MÀNG NÃO

1. Định nghĩa

Viêm màng não là viêm cấp tính hoặc mạn tính các màng của não và của tuỷ.

2. Nguyên nhân

- Vi khuẩn: vi khuẩn gây ra một phản ứng viêm thanh mạc và tạo ra một dịch tiết chứa bạch cầu đa nhân bị huỷ hoại. Đó là thể viêm màng não mủ. Các vi khuẩn thường gặp là: màng não cầu, phế cầu khuẩn, liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn.
- Trực khuẩn lao gây viêm màng não hạt, không có mủ ở dịch tiết ở thanh mạc.

https://tieulun.hopto.org

- Vi rút: gây hình thái viêm màng não nước trong.

- Nấm: thường gặp loại nấm Cryptococcus hay còn gọi là nấm Torula.

Ghi chú: nhiễm khuẩn có thể đi theo hai đường:

+ Đường máu: nguồn vi khuẩn thường gặp là ổ nhiễm khuẩn ở mũi - họng, ở phổi.

+ Đường tiếp giáp: từ ổ nhiễm khuẩn ở xương chũm, tai, ở các xoang, áp xe não.

3. Chẩn đoán

Tổn thương ở màng não: biểu hiện bởi một hội chứng màng não.

a) Triệu chứng cơ năng

- Nhức đầu: nhức đầu có thể kèm theo đau dọc cột sống.

- Nôn: nôn vọt không liên quan với bữa ăn.

- Mạch chậm.

b) Triệu chứng thực thể

- Cơ co cứng.

- Cứng gáy.

- Không có khả năng làm duỗi hoàn toàn cẳng chân trên đùi (vuông góc với đùi) khi người bệnh ngồi ở giường. Dấu hiệu đau ở vùng thắt lưng làm hạn chế động tác này. Khi có dấu hiệu này thì được gọi là dấu hiệu Kernig dương tính.

- Rối loạn vận mạch.

- Tăng cảm giác da.

c) Dấu hiệu thần kinh

- Cơn co giật.

https://tieulun.hopto.org

- Sợ ánh sáng.

- Rối loạn tâm thần: trầm uất, rối loạn ý thức, mê sảng.

- Liệt, chủ yếu là liệt nhãn cầu.

4. Điều trị

Mọi thể viêm màng não cần được theo dõi và xử lý sớm tại các bệnh viện với các biện pháp quyết liệt:

- Chống co giật (không để bệnh nhân cắn phải lưỡi).

- Hạ sốt.

- Chọc tháo dịch não tủy để hạ áp lực nội sọ và xét nghiệm bệnh phẩm tìm vi khuẩn gây bệnh.

- Nếu cơ liệt thì phải chú ý vệ sinh, xoay trở tư thế đề phòng loét.

- Khi xác định nguyên nhân gây bệnh: Chỉ định kháng sinh thích hợp.

- Chú trọng vệ sinh, dinh dưỡng cho người bệnh.

BỆNH ZONA

Bệnh Zona còn gọi là bệnh ban đỏ - mụn nước Zoster.

1. Định nghĩa

Bệnh Zona là bệnh cấp tính do vi rút của hệ thần kinh trung ương vi phạm hạch của các rễ sau và biểu hiện ra ban đầu bằng những cơn đau thần

https://tieulun.hopto.org

kinh rồi sau đó phát ban kiểu ban đỏ - mụn nước (Herpes) ở khu vực da được phân bố bởi rễ thần kinh bị tổn thương.

2. Nguyên nhân

- Vi rút hướng thần kinh.

- Zona thứ phát sau các bệnh: viêm phổi, bệnh tăng urê trong máu, tổn thương lân cận của hạch sau như bệnh u cột sống, gẫy đốt sống.

- Bệnh Zona thứ phát sau nhiễm độc oxyd carbon (CO), arsen.

- Bệnh Zona thứ phát do phản xạ: xảy ra sau tổn thương ở thận hoặc sau cơn đau gan.

3. Triệu chứng

a) Thời kỳ bắt đầu

Triệu chứng nhiễm khuẩn toàn thân: sốt, rét run, nhức đầu, rối loạn tiêu hoá.

Triệu chứng đau cơ năng: đau kiểu đau dây thần kinh hoặc đau kiểu bỏng.

b) Thời kỳ toàn phát: triệu chứng lâm sàng có đặc điểm là ban đỏ - mụn nước xuất hiện ở một bên theo định khu của rễ thần kinh. Triệu chứng này xuất hiện 5-7 ngày sau thời kỳ bắt đầu của bệnh. Dấu hiệu ban đỏ tiến triển theo cách sau:

- Mới đầu xuất hiện những mảng ban đỏ.

- Sau vài giờ, xuất hiện những mụn nước nhỏ chứa dịch trong. Dịch này trở thành đục vào ngày thứ ba. Các mụn nước khô vào ngày thứ tư hoặc

https://tieulun.hopto.org

thứ năm. Các hạch thuộc vị trí của khu vực bạch mạch tương ứng bị viêm có thể xuất hiện trước khi phát ban.

- Tổn thương da không tiến triển cùng một lúc. Thời gian tồn tại của mỗi tổn thương khoảng 7-9 ngày. Thời gian tồn tại của ban đỏ - mụn nước là khoảng 15-20 ngày. Các vùng da bị dị cảm và đau có thể tồn tại lâu, nhất là ở người cao tuổi.

- Có phản ứng màng não (biểu hiện qua hiện tượng tăng albumin và tăng tế bào lympho trong nước não tủy).

c) Các thể lâm sàng

Ta cần phân biệt các thể sau:

- Zona liên sườn:

+ Đau vùng ngực ở một bên.

+ Xuất hiện viêm hạch nách sau vài giờ.

+ Ban da ở một bên, trải dài từ cột sống tới xương ức.

- Zona thị giác:

+ Nhức đầu.

+ Đau và ban da ở một bên quanh mắt thuộc khu vực phân bố của nhánh trên dây thần kinh sinh ba.

+ Có dấu hiệu liệt các cơ vận nhãn và những vết đục ở giác mạc.

+ Có viêm hạch trước tai.

- Zona hạch gối: do tổn thương hạch gối, có dấu hiệu:

https://tieulun.hopto.org

+ Ban da ở ống tai ngoài, vành tai, vòm miệng mềm.

+ Liệt mặt cùng bên do ép dây thần kinh số 7.

4. Chẩn đoán

Dựa vào các dấu hiệu sau đây:

- Đau dây thần kinh, xuất hiện ban đỏ và bóng ở khu vực tương ứng.

- Tổn thương khu trú ở mặt hay ở ngực và xuất hiện ở một bên.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh sau đây:

- Bệnh thuỷ đậu: gặp ở trẻ em.

- Liệt mặt ngoại biên: cần phân biệt với bệnh Zona hạch gối cũng có dấu hiệu liệt mặt.

- Đau dây thần kinh sinh ba: cần phân biệt với bệnh Zona thị giác.

- Tràn dịch màng phổi: cần phân biệt với bệnh Zona liên sườn có triệu chứng đau vùng ngực.

6. Tiến triển

Ban tồn tại trung bình từ 2-3 tuần lễ và không tái phát.

Triệu chứng đau có thể lưu tồn lâu dài, nhất là ở người cao tuổi.

7. Điều trị

a) Điều trị tại chỗ

- Rắc bột trơ như bột oxyd kẽm, bột talc (bột tan).

- Bôi ether (ête) và acid picric.

https://tieulun.hopto.org

- Tránh các chất béo.
- Tránh gãi bằng cách băng kín.
- Chống nhiễm khuẩn.

b) Điều trị toàn thân

- Dùng thuốc an thần và giảm đau.
- Dùng thuốc kháng sinh trong trường hợp có nhiễm khuẩn.
- Chống chỉ định dùng morphin.
- Dùng liệu pháp X-quang có thể đạt kết quả tốt sau khi bệnh bắt đầu vài ngày.

c) Di chứng đau

- Các thuốc vitamin B1, vitamin B12, thuốc giảm đau, liệu pháp X-quang ít có hiệu quả.
- Phẫu thuật thần kinh có thể được áp dụng.

BỆNH ALZHEIMER

1. Định nghĩa

Bệnh Alzheimer là một thể của mất trí tuổi già, xảy ra sớm (giữa 40-60 tuổi) có đặc điểm lâm sàng là:

- Sút kém tâm thần nhanh kèm mất thực dụng.
- Rối loạn ngôn ngữ.
- Có nhiều mảng lão suy rải rác kèm teo não lan toả.

2. Triệu chứng

Có thể thấy các dấu hiệu:

- Khởi đầu âm thầm với bệnh cảnh lâm sàng là: mất trí tuổi già, xuất hiện ở lứa tuổi từ 40-60 tuổi.

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh có thể bắt đầu bằng các dấu hiệu: rối loạn trí nhớ, loạn ngôn, mất ngôn ngữ, mất định hướng, sa sút tinh thần.

- Có thể gặp: cơn động kinh, dấu hiệu thần kinh khu trú (liệt).

- Thường có triệu chứng tăng trương lực cơ.

3. Tiến triển

Bệnh có thể kéo dài khoảng 10 năm.

Người bệnh tử vong do bệnh trung gian như viêm phổi.

4. Điều trị

Cách thông thường là điều trị triệu chứng.

VIÊM NÃO DO VI RÚT

1. Định nghĩa

Viêm não do vi rút là bệnh do vi rút vi phạm vào não và tuỷ sống.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây bệnh là do vi rút. Bệnh xuất hiện với tính chất dịch tễ.

3. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh biểu hiện triệu chứng lâm sàng của một bệnh não nhiễm khuẩn cấp tính, tiến triển trong 2-3 tuần lễ.

Người ta phân biệt các thể lâm sàng của bệnh như sau:

https://tieulun.hopto.org

a) Viêm màng não - não - tuỷ với các dấu hiệu định vị thần kinh

- Thời kỳ ủ bệnh: thời gian ủ bệnh kéo dài từ 4-21 ngày, với các triệu chứng:

+ Sốt cao, rét run, nôn.

+ Có thể xuất hiện co giật, run, buồn ngủ, hôn mê, rung giật nhãn cầu.

+ Có dấu hiệu kích thích màng não, co cứng, liệt, mất ngôn ngữ.

- Di chứng: tâm thần sa sút, nhức đầu, dễ bị kích thích, liệt cứng, mất ngủ.

b) Thể viêm não không có dấu hiệu định vị thần kinh

Có các triệu chứng lâm sàng:

- Sốt, rét run, rối loạn tiêu hoá.
- Có dấu hiệu viêm họng và viêm kết mạc.
- Không có dấu hiệu tổn thương thần kinh.

c) Thể viêm não tiềm tàng: chỉ có dấu hiệu duy nhất của nhiễm khuẩn nhẹ là sốt và người bệnh có trạng thái khó chịu.

4. Chẩn đoán xác định

- Xác định bệnh qua các triệu chứng lâm sàng.
- Sốt có trạng thái khó chịu, có dấu hiệu kích thích màng não, đau họng.
- Có trạng thái đờ đẫn, dần dần xuất hiện co giật và hôn mê.
- Phản xạ gân tăng, liệt co cứng.
- Tăng áp lực dịch não tuỷ, kèm theo tăng protein và tăng tế bào trong dịch não tuỷ.

https://tieulun.hopto.org

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Viêm màng não do lao hoặc viêm màng não do vi khuẩn.
- Viêm nhiều dây thần kinh.
- Áp xe não, u não.

6. Tiến triển

Có các khả năng tiến triển sau:

- Để lại các di chứng như nhức đầu, liệt co cứng, tâm thần sa sút...
- Có các biến chứng như: viêm phế quản - phổi, nhiễm khuẩn đường tiết niệu...
- Tử vong (với tỷ lệ khoảng 30%).

7. Điều trị

- Không có phương pháp điều trị đặc hiệu.
- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị động kinh trong trường hợp người bệnh co giật.

https://tieulun.hopto.org

Chương II
CÁC BỆNH XƯƠNG KHỚP

ĐAU LƯNG

Đau lưng cùng nghĩa với đau thắt lưng hoặc hội chứng lưng cấp tính.

1. Định nghĩa

Là hội chứng đau ở vùng thắt lưng.

2. Nguyên nhân

- Thoát vị đĩa đệm: bệnh này đã được mô tả trong bệnh đau dây thần kinh hông.

- Thấp khớp thắt lưng mạn tính: đây là nguyên nhân hay gặp.

Triệu chứng đau sẽ nặng thêm khi mệt mỏi và tiến triển thành từng đợt.

- Rối loạn tính chất thể hình vùng thắt lưng như: vẹo cột sống, uốn lưng quá mức, tiến triển tới bệnh hư khớp.

- Viêm vùng khớp sống: đau thắt lưng dai dẳng ở nam giới trẻ tuổi.

- Bệnh Pott: bệnh lao đốt sống ở vùng thắt lưng - cùng có kèm đau thắt lưng dai dẳng.

https://tieulun.hopto.org

Ở giai đoạn nặng: trạng thái cứng tăng thêm, có tổn thương ở xương và đôi khi có áp xe lạnh.

- Viêm đốt sống nhiễm khuẩn: do nhiễm trùng bởi vi khuẩn sinh mủ, vi khuẩn thương hàn, bệnh nấm Actinomyces.

- Bệnh ung thư đốt sống nguyên phát, di căn ung thư của đốt sống trong các bệnh ung thư tuyến tiền liệt, ung thư vú...

- Bệnh trượt đốt sống: đốt sống thắt lưng thứ 5 trượt ra phía trước trên xương cùng do dị tật bẩm sinh hoặc chấn thương của cung sau đốt sống thắt lưng thứ 5.

- Bệnh loãng xương: đặc biệt là ở thời kỳ mãn kinh, đau vùng thắt lưng thường xảy ra và đôi khi có một đốt sống bị gẫy.

- Các bệnh thần kinh: chèn ép tủy sống, viêm tụy, xuất huyết màng tuỷ sống.

- Các tư thế xấu của cột sống: đi giầy quá cao hoặc ngồi ghế không đúng cách, thể thao, hoạt động nghề nghiệp gây ảnh hưởng quá mức tới tư thế sinh lý của cột sống.

3. Đặc điểm

- Khoảng 80% trường hợp đau lưng không có nguyên nhân rõ ràng thường được cho rằng do thoát vị đĩa đệm hoặc do hư khớp đốt sống.

- Phần lớn các cơn đau lưng kéo dài dưới hai tuần lễ.

https://tieulun.hopto.org

- Trong 90% trường hợp, có thể chữa khỏi đau lưng với liệu pháp triệu chứng.

- Khoảng 50% trường hợp đau lưng tái phát trong vòng bốn năm tiếp theo đợt bệnh khởi đầu.

4. Điều trị

- Lúc đầu: chữa triệu chứng bằng cách nghỉ ngơi, đắp nóng tại chỗ, thuốc đắp tại chỗ và uống acid acetyl salicylic.

- Khi không có kết quả: cần tìm nguyên nhân gây bệnh để điều trị.

VIÊM CƠ

1. Viêm cơ do nhiễm khuẩn

a) Nguyên nhân gây bệnh: gặp các trường hợp viêm cơ cấp tính thứ phát sau:

+ Chấn thương cơ.

+ Tiếp xúc lâu với lạnh.

+ Toàn trạng xấu.

+ Viêm cơ mạn tính thường do tụ cầu khuẩn và trực khuẩn lao.

b) Triệu chứng

- Viêm cơ cấp tính có triệu chứng:

+ Sốt, rét run, nhức đầu.

+ Đau nhói ở trong cơ, sưng cơ.

+ Chi có tổn thương mất khả năng hoạt động.

+ Phù da.

+ Viêm cơ cấp tính thường khu trú ở:

https://tieulun.hopto.org

• Cơ tứ đầu đùi.

• Cơ ngực lớn.

• Cơ ở chi trên.

• Cơ thẳng lớn của bụng: thường do vi khuẩn thương hàn là nguyên nhân chính.

+ Các thể bệnh thường gặp:

• Thể bệnh viêm tấy lan toả.

• Thể áp xe khu trú.

• Thể bệnh viêm xơ: không nung mủ, có viêm tổ chức kẽ (mô kẽ) của cơ, tiến triển tốt trong thời gian ngắn.

- Viêm cơ mạn tính, có các triệu chứng chung:

+ Khối u rắn, không có giới hạn rõ ràng, lạnh và không đau.

+ Có trường hợp xuất hiện một áp xe lạnh, mềm.

+ Trong bệnh viêm cơ do lao, có các dấu hiệu: các u nhỏ (hòn) lan toả, áp xe lạnh ở cơ, viêm cơ xơ cứng, viêm cơ sùi không nung mủ.

2. Viêm cơ do ký sinh trùng

- Bệnh ấu trùng sán dây: ấu trùng sán dây có thể tự cố định vào trong các cơ và gây phản ứng viêm ở đó.

- Bệnh giun xoắn: ấu trùng Trichinella spiralis cố định một cách ưu tiên vào cơ hoành, cơ liên sườn, lưỡi, cơ vận nhãn và gây ra viêm cơ.

3. Viêm cơ cốt hoá tiến triển

- Bệnh ít gặp và không rõ nguyên nhân, khởi đầu ở tuổi nhỏ.

https://tieulun.hopto.org

- Các dấu hiệu lâm sàng:

+ Xuất hiện các hòn xơ lúc đầu và sau đó hoá xương.

+ Tổn thương thường được gặp ở gáy, cơ lưng.

+ Tiến triển nặng dần và dẫn tới tàn phế.

4. Điều trị

Các loại viêm cơ cần được khám tại cơ sở y tế để điều trị theo nguyên nhân, tránh các biến chứng và di chứng nặng nề đáng tiếc cho người bệnh.

BỆNH U SỤN

Đặc điểm: bệnh có đặc điểm là xuất hiện nhiều khối sụn ở trong các xương, nhất là các xương ống ở bàn chân và bàn tay.

Có hai loại u sụn:

- U sụn có thể can xi hoá hoặc cốt hoá (nhiều lồi xương): bệnh u sụn có thể kết hợp với ngừng lớn.

- U sụn không can xi hoá: không cản quang cho nên các đốt ngón có vẻ như phồng to ra.

Bệnh u xương sụn: có đặc điểm là những u xương sụn nhỏ xuất hiện trong các khớp xương, lâu dần có thể dẫn tới hư khớp.

Bệnh loạn sản xương - sụn dây chằng: rất hiếm gặp. Nguyên nhân do hiện tượng loạn sản bẩm sinh của toàn bộ mô nâng đỡ.

U sụn lành tính không cần điều trị. Chỉ can thiệp chỉnh hình khi quá to và gây đau.

https://tieulun.hopto.org

VIÊM XƯƠNG

Viêm xương do nhiều nguyên nhân khác nhau:

- Viêm xương do tụ cầu khuẩn: gây nên thể bệnh viêm xương - tuỷ cấp tính (xem bệnh viêm xương - tuỷ cấp tính).

- Viêm xương do liên cầu và phế cầu khuẩn: gặp ở trẻ còn bú sữa mẹ.

- Viêm xương do vi khuẩn lao: viêm xương do lao thường kèm theo viêm khớp do vi khuẩn lao. Có ba thể bệnh viêm xương do lao:

+ Thể bệnh gây khuyết xương: có những hang lao ở trong các xương ngắn (như xương gót) hoặc xương dài.

+ Thể bệnh gây dày xương: có hiện tượng phồng các xương hình ống như bệnh lao các đốt chi ở trẻ nhỏ.

+ Viêm xương - màng xương: có áp xe lạnh xuất hiện trong các phần mềm.

- Viêm xương do trực khuẩn thương hàn: trực khuẩn thương hàn (có tên là trực khuẩn Eberth) gây ra viêm xương bán cấp ở xương chày và cột sống. Thể viêm xương này có thể biểu hiện ở thời kỳ mới khỏi bệnh thương hàn hoặc ít lâu sau khi khỏi bệnh này.

- Điều trị: Tham khảo phần điều trị bài Viêm xương - tủy cấp tính.

VIÊM XƯƠNG - TUỶ CẤP TÍNH

Bệnh viêm xương - tuỷ cấp tính còn gọi là bệnh viêm xương do tụ cầu khuẩn.

https://tieulun.hopto.org

1. Định nghĩa

Là bệnh nhiễm tụ cầu khuẩn toàn thân có khu trú ở xương và gây tổn thương chủ yếu ở hệ xương trong thời kỳ đang phát triển. Thường gặp là do tụ cầu vàng.

2. Nguyên nhân

- Mầm bệnh: mầm bệnh thông thường là tụ cầu khuẩn vàng.

Bệnh ít gặp do các loại vi khuẩn khác như vi khuẩn tụ cầu trắng, liên cầu khuẩn, phế cầu khuẩn.

Tổn thương tiên phát có thể là: mụn nhọt, áp xe...

- Chấn thương có vai trò thuận lợi của bệnh.

3. Hoàn cảnh xuất hiện

- Thường gặp ở trẻ em và thiếu niên (trước 15 tuổi).

- Bệnh xuất hiện với tỷ lệ cao vào mùa xuân và mùa thu.

4. Triệu chứng lâm sàng

a) Khởi đầu

Có triệu chứng:

- Đau: đau tăng lên khi chi cử động nhẹ.

- Có dấu hiệu nhiễm khuẩn cấp tính.

b) Thời kỳ toàn phát

Thời kỳ khởi đầu kéo dài khoảng 1-4 ngày; sau đó, các triệu chứng thể hiện rõ ràng:

- Đau tăng lên và kèm theo dấu hiệu mất khả năng vận động.

https://tieulun.hopto.org

- Vùng xương bị đau có hiện tượng sưng đỏ, da căng bóng (do có áp xe dưới màng xương).

5. Tiến triển

- Bệnh tiến triển tốt nếu được điều trị bằng thuốc kháng sinh và áp dụng phương pháp bất động bằng bó bột.

- Tuy nhiên, cần lưu ý các thể bệnh đặc biệt có thể dẫn tới tiến triển xấu:

+ Thể bệnh nhiễm khuẩn huyết: tiến triển không nhanh nhưng tiên lượng xấu.

+ Áp xe dưới màng xương: tổn thương có thể xuất hiện trở lại nên có các triệu chứng toàn thân như sốt cao, mệt mỏi, đau và da căng bóng ở nơi xương có tổn thương; có dấu hiệu bong màng xương.

Điều trị: phẫu thuật (rạch màng xương) có kết quả tốt.

+ Viêm xương tuỷ mạn tính: với các triệu chứng như:

- Chi to ra ở nơi xương có tổn thương.
- Da bị dày lên, nhiễm sắc tố.
- Có sẹo và lỗ rò ở nơi có viêm xương - tuỷ.

- Di chứng

Có thể gặp các di chứng:

- Di chứng ở xương: nhuyễn xương (gãy xương bệnh lý), rối loạn tạo xương làm cho chi bị ngắn lại và biến dạng.

- Di chứng ở khớp xương: viêm khớp tạo hình, nung mủ, cứng khớp.

https://tieulun.hopto.org

6. Điều trị

a) Điều trị nội khoa

- Điều trị nội khoa sớm giúp cho kết quả tốt, không cần phẫu thuật.

- Dùng thuốc kháng sinh, liều cao và phối hợp nhiều loại (từ hai loại kháng sinh trở lên).

- Điều trị tại chỗ: bó bột để bất động các khớp xương và để chừa ra những cửa sổ tương ứng với các vết thương.

- Trong các thể bệnh nặng: có thể truyền máu.

b) Điều trị ngoại khoa

Rạch ổ áp xe dưới màng xương, cắt bỏ mảnh xương mục...

VIÊM ĐỐT SỐNG

1. Định nghĩa

Viêm đốt sống là sự khu trú thương tổn viêm vào đốt sống của một bệnh nhiễm khuẩn toàn thân, thường là do vi khuẩn lao.

2. Nguyên nhân

a) Đường xâm nhập của vi khuẩn

- Đường máu: thường gặp.

- Đường bạch huyết: mầm bệnh xâm nhập vào các hạch cạnh đốt sống.

- Đường trực tiếp: mầm bệnh xâm nhập vào một vết thương hở ở lưng.

https://tieulun.hopto.org

b) Vi khuẩn gây bệnh

Những vi khuẩn hay gặp hơn cả là: trực khuẩn lao, vi khuẩn sinh mủ, màng não cầu khuẩn, vi rút cúm.

c) Tổn thương ở đốt sống

Có các tổn thương thường gặp là:

- Tổn thương ở phần xốp của thân đốt sống do viêm.

- Thân đốt sống có thể bị gẫy hoặc có chỗ bị đổ sụp, có thể chèn ép rễ thần kinh hoặc tuỷ sống.

- Có thể gây ra các áp xe nóng hay áp xe lạnh tuỳ theo loại vi khuẩn.

3. Các loại viêm đốt sống thường gặp

a) Viêm đốt sống do tụ cầu và liên cầu khuẩn

- Viêm đốt sống do vi khuẩn sinh mủ gây nên viêm xương - tuỷ cấp tính, chủ yếu là thể bệnh do tụ cầu khuẩn.

- Gặp chủ yếu ở trẻ em và người trẻ tuổi.

- Triệu chứng: có các triệu chứng:

+ Triệu chứng nhiễm trùng huyết.

+ Đau dai dẳng ở lưng.

+ Có dấu hiệu phù và đỏ khu trú tại đốt sống bị viêm.

+ Ấn và gõ vào đốt sống bị viêm có hiện tượng nhạy cảm tăng mạnh dấu hiệu đau tại chỗ.

- Điều trị: điều trị như bệnh viêm xương - tuỷ cấp tính.

https://tieulun.hopto.org

b) Viêm đốt sống do lao (bệnh Pott)

- Nguyên nhân gây bệnh: do trực khuẩn lao. Viêm đốt sống do lao thường xảy ra trong giai đoạn lan rộng của bệnh lao.

- Triệu chứng:

+ Giai đoạn khởi đầu:

• Đau khi ấn hoặc gõ một mỏm gai sau của đốt sống.

• Đau cột sống khi người bệnh chuyển động cột sống.

• Có thể xuất hiện dấu hiệu liệt nhẹ rễ thần kinh.

+ Giai đoạn nặng: có bướu gù do hiện tượng phá huỷ một hoặc nhiều thân đốt sống.

- Các thể bệnh định khu:

+ Khớp đội chẩm:

• Vẹo cổ có kèm ngả đầu.

• Đau ở khu vực chi phối bởi dây thần kinh chẩm.

• Khó cử động lưỡi do tổn thương dây thần kinh thiệt dưới (dây thần kinh hạ thiệt).

• Có áp xe ở họng và rối loạn ruột.

+ Các đốt sống cổ khác:

• Đau ở gáy và ở vai.

• Đau cánh tay.

+ Các đốt sống lưng - thắt lưng: thường gặp tổn thương ở các đốt sống từ đốt sống thứ 19 (D12) đến đốt thắt lưng thứ 4 (L4).

• Biến chứng thần kinh thường gặp trong các thể bệnh ở các đốt sống lưng.

https://tieulun.hopto.org

• Xuất hiện áp xe đi xuống phía dưới gây lỗ rò thứ phát được gặp ở các thể bệnh của đốt sống thắt lưng.

4. Điều trị:

- Điều trị bệnh lao.
- Nằm nghỉ ngơi hoàn toàn trên giường.
- Phẫu thuật khi cần thiết.

BỆNH LOÃNG XƯƠNG

1. Định nghĩa

Bệnh loãng xương là sự giảm khối lượng xương và không kèm một sự hư biến quan trọng của phân bố khoáng chất của xương. Bệnh loãng xương có kèm hiện tượng giảm chiều dày và số lượng thớ xương.

2. Nguyên nhân và đặc điểm

- Nguyên nhân:

+ Do sản xuất kém của mầm xương và có rối loạn chuyển hoá can xi và phốt pho.

+ Xương chậm được hình thành hoặc do xương bị phá huỷ với tốc độ tăng lên.

- Khi bệnh loãng xương phát sinh một cách nhanh chóng thì sự tạo xương giảm xuống trong khi tổ chức xương tiếp tục bị tiêu huỷ. Khi đó, can xi niệu sẽ tăng và có thể làm cho thận bị tổn thương. Hiện tượng tăng can xi niệu phụ thuộc chủ yếu vào tốc độ phát sinh loãng xương.

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh loãng xương có thể khu trú (gặp trong tư thế bất động lâu) hoặc lan ra toàn thân.

- Bệnh loãng xương có thể xảy ra nguyên phát hoặc thứ phát sau các bệnh:

+ Loãng xương do bất động lâu ngày.

+ Loãng xương do thiếu ăn: thiếu can xi trong chế độ ăn.

+ Loãng xương ở người cao tuổi: trong trạng thái lão suy, các mô đều bị teo, kể cả mô xương.

+ Loãng xương sau mãn kinh: do thiếu nội tiết tố oestrogen.

+ Loãng xương do tăng năng tuyến giáp trạng: việc sử dụng protein quá mức cho nhu cầu năng lượng dẫn tới hiện tượng thiếu protein trong mô (tế bào), đặc biệt là thiếu protein trong mầm xương (thoái hoá xương do tuyến giáp). Tăng can xi niệu kèm theo tăng năng tuyến giáp trạng có thể gây nên bệnh loãng xương.

+ Bệnh loãng xương còn gặp trong các bệnh: đa u tuỷ, ung thư xương thứ phát, viêm xương do tuyến cận giáp trạng, viêm thận mạn tính...

3. Triệu chứng lâm sàng

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Đau ở cột sống.

- Có thể gặp dấu hiệu biến dạng bộ xương.

- Có hiện tượng gãy xương bệnh lý (chủ yếu ở các đốt sống).

https://tieulun.hopto.org

4. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân gây bệnh.

- Trong các thể bệnh nguyên phát có thể dùng thêm: 6g calci glycero phosphat mỗi ngày và vitamin D với liều lượng 3.000 đơn vị quốc tế/24 giờ.

- Dùng oestrogen hoặc androgen, kể cả trong trường hợp không bị thiếu các chất này trong cơ thể.

BỆNH LOÃNG XƯƠNG MÃN KINH

1. Nguyên nhân

- Thiếu nội tiết tố (hormon) oestrogen có kèm theo sự giảm hoạt động của các tạo cốt bào.

- Các yếu tố phù trợ: rối loạn lượng can xi và phốt pho cố định trong hệ xương ở tuổi mãn kinh, rối loạn trong chế độ ăn, rối loạn hoạt động thể lực và cân bằng hormon.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

- Loãng xương ở thời kỳ mãn kinh là thể loãng xương hay gặp nhất.

- Rối loạn loãng xương nhẹ gặp ở 1/2 số phụ nữ trên 50 tuổi. Các rối loạn này rõ rệt trong 10% số trường hợp.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Đau xương chủ yếu ở cột sống.

- Có thể gặp dấu hiệu gù lưng do hiện tượng dẹt xuống của các đốt sống ngực.

https://tieulun.hopto.org

- Biến dạng bộ xương mà không bị đau nhiều: ít gặp.

- Có hiện tượng gãy xương bệnh lý chủ yếu ở các đốt sống, ở cổ xương đùi, ở sọ và ở các đầu chi.

- Các xương không bị cong như ở trong chứng nhuyễn xương.

- Có thể bị sỏi thận.

4. Chẩn đoán xác định bệnh

Dựa vào:

- Dấu hiệu đau lưng.

- Có hiện tượng mất vôi ở hệ xương.

- Gặp ở phụ nữ 50-55 tuổi.

5. Điều trị

- Chế độ ăn chứa nhiều can xi (dưới dạng sữa và phomat) và có protein.

- Dùng thuốc có can xi và vitamin D (3.000 đơn vị quốc tế/24 giờ). Cần chú ý rằng nếu thừa các chất đó thì tăng can xi niệu nhiều hơn và gây nguy cơ mắc bệnh sỏi thận.

- Dùng oestrogen tổng hợp: chỉ nên dùng oestrogen ở phụ nữ mãn kinh sớm và bị thiếu oestrogen. Ví dụ: dùng stilboestrol 0,5mg - 2mg/24 giờ trong 3-4 tuần lễ với những khoảng cách một tuần lễ.

- Dùng androgen: ví dụ dùng metyltestosteron 10mg - 20mg/24 giờ cho vào dưới lưỡi hoặc tiêm 25mg testosteron dưới dạng vi tinh thể mỗi tháng một lần.

https://tieulun.hopto.org

- Kiểm soát các dịch và các chất điện giải: các androgen và oestrogen nhiều khi có tác dụng trên các dịch ngoài tế bào.

+ Nếu có dấu hiệu phù: cần hạn chế lượng natri ăn vào (chế độ ăn không có muối), có thể dùng thuốc ammoni clorua hoặc các thứ thuốc lợi niệu.

+ Cần giảm liều lượng các hormon.

- Sự bất động làm cho bệnh loãng xương nặng thêm (ví dụ: trong trường hợp dẹt đốt sống).

BỆNH U XƯƠNG

1. U xương nguyên phát

a) U xương lành tính: bao gồm các bệnh:

- U xương, lồi xương, u sụn, u xơ.

- Các u có huỷ cốt bào: đây là các u ở người lớn, trẻ tuổi và khu trú ở đầu các xương dài (gần vai, cổ tay hoặc khớp gối).

b) U xương ác tính: gồm có các bệnh sau:

- Sarcom xương hoặc sarcom tạo xương: u chọc thủng màng xương và lồi ra ngoài.

- Sarcom sụn.

- Đa u tuỷ.

Các sarcom xương gây ra những di căn ung thư ở phổi sớm.

2. U xương thứ phát

Các loại ung thư có thể gây ra những di căn ở xương là:

https://tieulun.hopto.org

- Ung thư biểu mô, gồm có: ung thư vú, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư tuyến thượng thận, ung thư phế quản, ung thư tuyến giáp trạng.

- Các sarcom: các di căn ung thư xương có kèm tổn thương tuỷ xương có thể là nguyên nhân của một phản xạ dạng bệnh bạch cầu của máu.

3. Điều trị nội khoa

- Liệu pháp quang tuyến: ít kết quả.

- Dùng androgen trong ung thư vú và dùng oestrogen trong ung thư tuyến tiền liệt.

BỆNH THẤP

1. Định nghĩa

Danh từ thấp dùng để chỉ ra những bệnh cấp tính và mạn tính có biểu hiện đau khớp xương, khớp mất khả năng cử động và có thể bị biến dạng nhưng không có nung mủ.

Tổn thương của khớp xương là: viêm và có sự thoái hoá mô liên kết. Các tổn thương này cũng xảy ra ở cơ, gân, cân, xương, màng hoạt dịch và túi thanh mạc.

2. Phân loại

a) Các bệnh thấp cấp tính

- Thấp khớp cấp.

- Thấp nhiễm khuẩn: viêm khớp có thể xảy ra trong bệnh lỵ trực khuẩn, bệnh lậu...

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh thống phong.

b) Bệnh thấp mạn tính

- Viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển.
- Bệnh hư khớp khu trú hoặc toàn thân.
- Bệnh viêm quanh khớp vai - cánh tay.
- Bệnh thống phong mạn tính.

BỆNH THẤP KHỚP CẤP

Bệnh thấp khớp cấp còn được gọi là bệnh Bonilland.

1. Định nghĩa

Bệnh thấp khớp cấp là bệnh viêm nhiều khớp cấp tính do nguyên nhân chưa được biết rõ, có triệu chứng sốt và thường gây ra tổn thương định vị ở tim.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh thường xảy ra ở lứa tuổi 7-15. Hầu hết bệnh tim ở trẻ em và người trẻ tuổi đều là những di chứng của bệnh thấp khớp cấp.

3. Nguyên nhân

Nguyên nhân chưa được biết rõ. Có thể là:

- Di truyền: trong trường hợp cả bố và mẹ đều bị bệnh thấp khớp cấp, có nhiều khả năng là con cái sẽ mắc bệnh này.

- Liên cầu khuẩn tiêu huyết: vi khuẩn này gây các bệnh viêm họng, viêm tai, viêm xoang...

https://tieulun.hopto.org

Nhiễm khuẩn này không phải là nguyên nhân trực tiếp gây bệnh thấp khớp cấp mà chỉ là một yếu tố khởi phát.

4. Triệu chứng lâm sàng

Thường thấy bệnh viêm họng, viêm xoang hoặc viêm tai... trước khi người bệnh có triệu chứng của bệnh thấp khớp cấp trong khoảng thời gian từ 2-3 tuần lễ.

a) Thời kỳ bắt đầu

- Có tiền triệu (triệu chứng báo trước): chảy máu cam, đau cơ hoặc rối loạn tiêu hoá.
- Sốt 38-39^{0}C, rét run.
- Đau khắp cơ thể.
- Xanh xao, chán ăn và đổ nhiều mồ hôi.

b) Biểu hiện triệu chứng ở khớp

- Tổn thương viêm cấp tính ở nhiều khớp: khớp gối, cổ tay, cổ chân, vai, khớp khuỷu tay. Tổn thương di động và nhất thời.
- Khớp bị tổn thương có dấu hiệu sưng to, da vùng khớp đỏ và nóng.
- Đau khớp: đau khớp khi sờ nắn và đau dữ dội khi cử động khớp.
- Khớp xương mất khả năng cử động.
- Viêm khớp nhất thời và thuyên giảm sau 5-7 ngày rồi chuyển sang khớp xương khác.

Tính chất di động của thấp khớp cấp rất đặc trưng. Không bao giờ thấy nung mủ và cứng khớp.

https://tieulun.hopto.org

c) Biểu hiện ở tim

Thường gặp bệnh thấp tim.

d) Các biểu hiện nội tạng

- Các hạt Meynet: ở mặt duỗi của các khớp xương to, lớn bằng hạt đậu. Các hạt này có vị trí ở trong mô dưới da, rắn, chắc, khá đau và nhanh chóng biến mất.

- Ban đỏ: ít gặp. Ban đỏ là những vòng hoặc những mảng có một đường viền đỏ vây quanh. Có thể thấy ban xuất huyết.

- Tổn thương phổi: khó chẩn đoán do ứ máu phổi đi kèm tổn thương tim.

- Viêm màng phổi do thấp: tràn dịch không nhiều lắm, dịch thanh tơ.

- Viêm dây thần kinh: đau ở cổ hoặc kiểu đau hai dây thần kinh hông.

- Đau bụng: thường xảy ra ở trẻ em, có thể làm cho việc chẩn đoán bệnh sai, cơ chế không rõ.

5. Các thể lâm sàng

- Thể bệnh ngoài khớp hoặc nội tạng đơn thuần: chủ yếu ở tim, màng phổi - phổi, sốt đơn thuần.

- Thể bệnh ở khớp đơn thuần: xảy ra ở một hoặc nhiều khớp.

- Các thể bệnh ở trẻ em: khởi đầu bằng những dấu hiệu màng não, bụng, tổn thương khớp nhẹ, tổn thương tim rất hay gặp.

6. Tiến triển

- Cơn thấp cấp tính tiến triển một cách tự

https://tieulun.hopto.org

phát đến thuyên giảm trong phần lớn các trường hợp.

- Bệnh tái phát và các tổn thương tim vĩnh viễn chiếm tỷ lệ cao. Những thể bệnh ác tính gây tử vong do suy tim.

Ước đoán có 1/3 số người bệnh khỏi hẳn và 2/3 số trường hợp có dấu hiệu tổn thương ở van tim.

7. Chẩn đoán xác định bệnh

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Viêm nhiều khớp nhất thời, có sốt và tổn thương chuyển từ khớp nọ sang khớp kia.
- Các biến chứng tim.
- Có biểu hiện ở da hoặc dấu hiệu múa giật kèm theo các biểu hiện khớp.
- Tác dụng hạ nhiệt và giảm đau khi sử dụng natri salicylat.

8. Chẩn đoán phân biệt

- Trạng thái sốt: sốt đơn thuần ở người bệnh không có một đợt thấp khớp nào trong thời gian trước đây.
- Viêm khớp nhiễm khuẩn: các dấu hiệu ở khớp nặng hơn so với dấu hiệu của thấp khớp cấp.
- Viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển khó phân biệt với bệnh thấp khớp cấp nên cần phải theo dõi trong vài tuần lễ.
- Viêm màng trong tim chậm: thường xuất hiện ở người mang tổn thương tim do thấp, cho

https://tieulun.hopto.org

nên ở thời kỳ đầu của bệnh này có thể nhầm với đợt thấp khớp cấp mới. Cần phải tìm các đốm xuất huyết để phân biệt.

9. Điều trị

- Nằm nghỉ tuyệt đối trên giường: người bệnh chỉ được hoạt động khi bệnh thấp hết tiến triển. Dựa vào các yếu tố sau:

+ Nhiệt độ phải bình thường.

+ Mạch không được nhanh quá 100 lần/phút trong trạng thái nghỉ ngơi.

- Dùng thuốc kháng sinh.

- Dùng natri salicylat: salicylat gây ra những rối loạn thính giác (như ù tai, giảm thính lực), tiêu hoá (chán ăn, nôn) và thần kinh (vật vã, hoang tưởng, ý thức u ám).

- Các corticosteroid:

+ Chỉ định dùng thuốc steroid trong các thể bệnh nặng có biến chứng (như: viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim).

+ Khi dùng steroid thì sự thuyên giảm nhiều khi chỉ là nhất thời và không ngăn cản được bệnh tái phát. Sau khi ngừng thuốc, các triệu chứng tại vị trí khớp và sốt có thể xuất hiện lại và tăng lên.

+ Trong suốt thời gian điều trị, cần cho người bệnh chế độ ăn nhạt tuyệt đối và kiểm tra thể trọng.

- Dùng phenylbutazon: liều lượng dùng từ 8mg/kg đến 12mg/kg trọng lượng cơ thể, tiêm bắp thịt hoặc cho uống.

https://tieulun.hopto.org

- Điều trị suy tim hoặc viêm cơ tim (nếu có).

- Điều trị triệu chứng múa giật: dùng thuốc an thần, cortison.

BỆNH HƯ KHỚP XƯƠNG

Bệnh hư khớp xương còn được gọi là: bệnh hư xương - khớp, thoái hoá khớp.

1. Định nghĩa

Bệnh hư khớp xương là quá trình thoái hoá của các khớp xương.

Quá trình thoái hoá này lúc đầu khu trú ở diện trượt xen vào giữa các xương, sau đó xuất hiện ở phần bao và dây chằng của khớp.

2. Nguyên nhân

a) Quá trình lão hoá ở người trên 40 tuổi

Có hai thể lão hoá:

- Thể lão hoá nguyên phát: các khớp được tưới máu và nuôi dưỡng kém gây mất tính chất đàn hồi, khô, bị hao mòn và để bộc lộ mô xương của đầu xương ra.

- Thể lão hoá thứ phát: có thể hư khớp xương xảy ra: sau chấn thương quan trọng hoặc sau chấn thương nhẹ liên tiếp (như gặp ở công nhân sử dụng máy khoan khí nén), sau một quá tải ở khớp, ở người béo phì, sau viêm khớp để lại di chứng.

b) Sự giảm sút khả năng sinh dục sinh lý: đặc biệt là ở phụ nữ mãn kinh.

https://tieulun.hopto.org

c) Do yếu tố di truyền

Bệnh hư xương - khớp thường gặp ở vị trí: khớp gian đốt sống trước, khớp gối, khớp háng, khớp đốt xương bàn tay.

3. Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng xuất hiện khi xương và bộ bao - màng hoạt dịch bị tổn thương.

- Lúc đầu có triệu chứng đau khớp. Dấu hiệu đau rõ nhất vào buổi sáng, sau đó giảm dần và hết trong ngày.

- Sau đó xuất hiện hạn chế cử động và cùng lúc có hiện tượng mất khả năng vận động. Ở thời kỳ này, triệu chứng đau trở thành liên tục.

- Ở cả hai thời kỳ: khớp xương cứng, nóng và có thể không sưng.

4. Các thể bệnh

a) Hư khớp đốt sống

Có các loại hư khớp đốt sống theo vị trí sau đây:

- Hư khớp cổ (bệnh thấp khớp cổ): có các triệu chứng lâm sàng như sau:

+ Hạn chế cử động ở cổ.

+ Đau ở cổ và triệu chứng đau có thể lan theo các hướng khác nhau do vị trí của các rễ thần kinh chui qua lỗ gian đốt sống cổ.

+ Đau có thể lan lên gáy: kiểu đau dây thần kinh chẩm.

+ Đau có thể lan lên đầu gây nhức đầu ở vùng chẩm hoặc vùng trán.

https://tieulun.hopto.org

+ Đau có thể lan xuống lồng ngực, xuống vai và chi trên (đau dây thần kinh cổ, cánh tay dị cảm).

+ Cổ cứng và có điểm đau ở các mỏm ngang khi ấn tay vào đó.

- Hư khớp lưng: có triệu chứng đau ở lưng và lồng ngực, có thể gặp dấu hiệu đau theo kiểu đau dây thần kinh liên sườn.

- Hư khớp thắt lưng mạn tính: triệu chứng lâm sàng nổi bật là đau lưng.

+ Dấu hiệu đau lưng ở thời kỳ bắt đầu của bệnh có thể cấp tính: khi người bệnh có gắng sức nhỏ thì dấu hiệu đau thắt lưng cản trở sự cử động của đốt sống và cố định người bệnh trong vài ngày.

+ Ở thời kỳ bệnh nặng: đau lưng có thể xuất hiện thường xuyên và cản trở mọi cử động. Động tác ưỡn thắt lưng có thể không thực hiện được và xuất hiện chứng gù vẹo.

b) Hư khớp gối

Có các triệu chứng lâm sàng như sau:

- Khớp gối sưng và đau.

- Hạn chế động tác duỗi chân và giảm các động tác bên của xương bánh chè.

- Có tiếng rắc ở khớp khi cử động.

- Viêm mô lỏng lẻo ở da.

- Thường gặp thể bệnh này ở phụ nữ trong độ tuổi mãn kinh.

- Bệnh hay lan sang cả hai khớp gối.

https://tieulun.hopto.org

c) Hư khớp háng

Có các triệu chứng lâm sàng:

- Đau có thể ở bẹn, ở mông hoặc ở đầu gối, đau khi đi lại và giảm khi nghỉ ngơi.

- Hạn chế cử động khớp háng: lúc đầu, hạn chế động tác quay khớp, sau đó hạn chế động tác duỗi và dạng chân.

- Teo các cơ quanh khớp.

Tổn thương hư khớp háng có thể gặp với dấu hiệu đầu tiên là đau ở khớp gối. Trong trường hợp này, khó có thể xác định được bệnh hư khớp háng ở thời kỳ bắt đầu.

d) Viêm quanh khớp vai - cánh tay

e) Hư khớp ngón tay

Ngón giữa và ngón trỏ thường bị tổn thương hơn các ngón khác.

Triệu chứng lâm sàng thể hiện bằng những u nang trong có chứa một dịch nhầy như thạch. Có hiện tượng phì đại xương ở đáy các đốt ngón giữa và ngón trỏ.

Thường gặp hư khớp ngón tay ở phụ nữ trên 40 tuổi.

5. Chẩn đoán xác định

Để xác định bệnh, có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng sau:

- Đau khớp xương, triệu chứng này giảm khi người bệnh nghỉ ngơi.

https://tieulun.hopto.org

- Tổn thương thoái hoá ở khớp xương, có dấu hiệu viêm tại chỗ rất nhẹ.

- Không có triệu chứng toàn thân.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển.
- Bệnh loãng xương.
- Di căn của bệnh ung thư.
- Đau tuỷ (phân biệt với bệnh hư khớp đốt sống).
- Chứng đau thắt ngực (phân biệt với bệnh hư khớp cổ và hư khớp lưng trong trường hợp triệu chứng đau lan xuống vùng trước tim).

7. Tiến triển

Tổn thương khớp xương của bệnh hư khớp xương là không hồi phục.

Bệnh có tiến triển tốt nhưng chậm vì tổn thương không gây cứng khớp hoàn toàn.

8. Điều trị

Áp dụng các biện pháp điều trị:

- Nghỉ ngơi: đây là biện pháp chủ yếu áp dụng trong cơn đau.
- Thuốc giảm đau: thuốc giảm đau có hiệu quả nhất đối với bệnh hư xương khớp là loại acid salicylic.

Thuốc indomethacin (tindocid) có tác dụng giảm đau nhưng có tác dụng phụ gây khó chịu cho người bệnh.

https://tieulun.hopto.org

- Phenobarbital: có hiệu quả đối với đau dây thần kinh.

- Phenylbutazon: dùng với liều lượng 100mg x 4 lần/24h trong trường hợp đã sử dụng acid acetyl salicylic không đưa lại hiệu quả cho người bệnh. Phenylbutazon có thể gây tai biến nhiễm độc, cho nên cần chú ý dùng hạn chế trong giai đoạn cấp tính của bệnh.

- Liệu trình chữa chứng béo phì: người béo phì mắc bệnh hư khớp gối và hư khớp háng cần thực hiện chế độ dinh dưỡng và điều trị để cơ thể gầy bớt đi.

- Thuốc cortison và ACTH: đây là liệu pháp vỏ thượng thận. Tiêm corticoid vào trong khớp đã mang lại kết quả tốt, đặc biệt là ở thời kỳ đầu của bệnh hư khớp gối. Phải tuyệt đối giữ vô khuẩn khi tiêm vì có thể gây viêm khớp hoại tử.

- Dùng oestrogen trong trường hợp hư xương - khớp ở tuổi mãn kinh.

- Lý liệu pháp: ủ nóng tại chỗ liệu pháp dùng tia X, dùng nước suối khoáng.

LỆCH KHỚP

1. Định nghĩa

Bệnh lệch khớp là bệnh gặp ở xương, mang tính chất dị hình bẩm sinh.

Thường gặp bệnh lệch khớp ở xương sọ, xương mặt, xương hàm và có thể gặp ở các đầu chi.

https://tieulun.hopto.org

2. Phân loại

- Lệch khớp đòn - sọ: lệch khớp đòn - sọ có đặc điểm là bất sản xương đòn hai bên và có dị tật cốt hoá ở vòm sọ.

Có các dấu hiệu lâm sàng:

- Còn thóp trước ở tuổi trưởng thành.
- Sọ to và ngắn.
- Có một đường lõm ở giữa trán hình máng do thiếu sự cốt hoá xung quanh đường khớp của sọ.
- Có thể thấy các dị hình ở răng, ở xương chậu (do bất sản khớp mu), gù vẹo cột sống, dị tật ở đùi làm cho đùi cong vào, dị tật ở ngón tay (dấu hiệu tay vượn).
- Bệnh khớp sọ - mặt: do sự dính liền sớm khớp của các xương vòm sọ và có một bướu ở phần trên của xương trán.

Có các dấu hiệu lâm sàng sau đây:

+ Lồi mắt do biến dạng ổ mắt.

+ Dung mạo người bệnh không bình thường do giảm sản xương hàm trên.

+ Trì độn tinh thần, nhức đầu, rối loạn thính giác, có thể gặp các cơn động kinh.

- Các thể bệnh khác:

+ Phì đại sọ:

• Xương sọ to.

• Ngón tay và ngón chân ngắn.

+ Lệch khớp hàm dưới - mặt: do giảm sản hàm trên và hàm dưới.

https://tieulun.hopto.org

Các dấu hiệu lâm sàng:

- Miệng rộng.
- Hình dạng đầu chim.
- Hẹp ống tai.

+ Thể bệnh đầu nhọn và ngón dính: có các dấu hiệu lâm sàng sau đây:

- Đầu hình tháp.
- Tật dính ngón.
- Lồi mắt.
- Có thể gặp teo thần kinh thị giác.

3. Điều trị

- Không có liệu pháp can thiệp hiệu quả.
- Vấn đề cơ bản là thái độ bao dung và tâm lý hội nhập cộng đồng.

https://tieulun.hopto.org

Chương III
CÁC LOẠI NHIỄM ĐỘC

NHIỄM ĐỘC THUỐC PHIỆN

Các loại thuốc có thuốc phiện bao gồm:

- Các alcaloid tự nhiên của thuốc phiện: morphin, codein, thebain.

- Các dẫn xuất bán tổng hợp của thuốc phiện: codetylin, hydrocodon, oxymorphon, pholcodin.

- Các thuốc giảm đau tổng hợp gây ra trạng thái nghiện thuốc: methadon, petidin, anphaprodin, xetobemidon, dextromoramid, piminodin.

1. Nhiễm độc cấp tính

a) Liều lượng gây tử vong

Các dấu hiệu nhiễm độc thường xuất hiện khi sử dụng từ 0,05g (5 centigram) trở lên.

Với liều lượng 0,25g morphin qua đường uống hay đường tiêm thường gây tử vong ở người không nghiện thuốc phiện. Với người nghiện thuốc phiện thì có thể chịu đựng được liều lượng morphin cao hơn.

Người mắc bệnh gan, bệnh phù niêm mạc,

https://tieulun.hopto.org

bệnh Addison có biểu thị một trạng thái tăng cảm thụ với morphin.

b) Triệu chứng lâm sàng

- *Tiêm hoặc hấp thụ morphin với liều lượng cao* gây ra tử vong nhanh: người bệnh hôn mê, giãn đồng tử, không co giật và tử vong sau vài giờ.

- *Với liều lượng morphin thấp và kém mạnh*, người bệnh thể hiện các dấu hiệu:

+ Mạch thái dương đập mạnh, mạch nhanh, tim đập dữ dội.

+ Đôi khi có phát ban ở da, ngứa, họng khô.

+ Buồn nôn và nôn xuất hiện nối tiếp nhau.

+ Lượng nước tiểu giảm.

+ Táo bón.

+ Sảng khoái nhưng đôi khi vật vã và mê sảng.

+ Đồng tử bị co tuyệt đối.

Sau vài giờ, người bệnh có nhịp thở và mạch chậm lại, áp lực động mạch giảm, dấu hiệu xanh tím tăng lên, dấu hiệu co giật xuất hiện, giãn đồng tử... báo hiệu tử vong.

c) Tiên lượng

Tiên lượng tốt gặp trong trường hợp người bị nhiễm độc có phản ứng dù rất yếu với mọi kích thích từ bên ngoài.

d) Điều trị

- Dùng dung dịch tanin (1-2%) với liều lượng 100ml, rồi uống một chút nước.

- Trong trường hợp mất tri giác: rửa dạ dày trong điều kiện đã đặt trước được ống nội khí quản.

https://tieulun.hopto.org

- Trong trường hợp nhiễm độc morphin do tiêm, cần khoanh vùng bằng cách tiêm adrenalin pha loãng với liều lượng không quá 1mg.

- Dùng thuốc giải độc:

+ Nalorphin: tiêm tĩnh mạch với liều lượng 5-10 mg (trong trường hợp có dấu hiệu sốc) hoặc tiêm bắp với liều lượng 5-30 mg.

+ Levalorphan: tiêm tĩnh mạch với liều lượng 0,5-1 mg.

Các thứ thuốc này ít tác động trên trạng thái ý thức.

+ Dùng biện pháp hô hấp hỗ trợ và liệu pháp oxy.

+ Điều trị người bệnh hôn mê:

• Chăm sóc miệng và mắt đều đặn.

• Cho ăn qua đường tĩnh mạch hoặc qua ống thông dạ dày.

• Đặt ống thông bàng quang.

• Duy trì nhịp thở thông suốt, dẫn lưu tư thế: người bệnh nằm đầu thấp và nghiêng phải hoặc nghiêng trái, hút đều chất nhầy trong họng.

2. Nhiễm độc mạn tính

Các chất gây nhiễm độc morphin mạn tính có thể gặp:

- Tiêm tĩnh mạch morphin với liều lượng cao.

- Các dẫn xuất của morphin như heroin, codein, cocain.

https://tieulun.hopto.org

- Các thuốc giảm đau tổng hợp loại petidin và metadon.

a) Triệu chứng

- Trước khi xuất hiện nghiện thuốc phiện, có những dấu hiệu:

+ Nhịp thở chậm, ra mồ hôi.

+ Ngứa.

+ Buồn nôn và nôn mửa.

+ Xuất hiện một thời kỳ ngắn có dấu hiệu ngủ gà và ít nhiều sảng khoái. Nếu tiêm morphin vào tĩnh mạch thì có cảm giác nội tạng mãnh liệt, nhiều khi được ví như dâm khoái lạc.

- Khi hình thành nghiện thuốc phiện, có dấu hiệu:

+ Co đồng tử.

+ Người bệnh gầy sút, có thể bị loãng xương toàn thân.

+ Cơ thể có nhiều nốt sẹo tiêm và những áp xe.

+ Tình dục bị suy giảm nhiều.

b) Cơn nghiện morphin

- Cơn nghiện chưa bắt đầu biểu hiện trước giờ thứ 12 kể từ khi nhịn thuốc. Nó bắt đầu sau khi nhịn thuốc 24 giờ và đạt tới đỉnh cao của cơn nghiện 48 giờ sau mũi tiêm cuối cùng.

Đặc điểm của cơn nghiện:

+ Người bệnh bồn chồn, khổ não.

+ Vã mồ hôi, chảy nước mắt, ngáp.

+ Giãn đồng tử.

https://tieulun.hopto.org

+ Thường đau ở cẳng chân và ở lưng.

+ Mạch và nhịp thở nhanh, nôn oẹ, tiêu chảy khi sự vật vã của người bệnh lên đến cao độ. Có thể kèm theo áp lực động mạch và nhiệt độ tăng nhẹ.

- Các triệu chứng này giảm khá nhanh sau hai ngày. Tỷ lệ mức độ tăng của triệu chứng phụ thuộc vào liều lượng morphin đã dùng.

Các thuốc giảm đau tổng hợp thường gây các triệu chứng lâm sàng học nhẹ hơn.

Các dấu hiệu trên đây giảm nhanh và hết hẳn sau khi tiêm một liều lượng thích hợp thuốc phiện.

3. Điều trị

Dùng liệu trình giải độc.

NHIỄM ĐỘC RƯỢU VÀ CỒN ETHYLIC

1. Nhiễm độc rượu

a. Định nghĩa

Nhiễm độc rượu là những rối loạn thần kinh, tâm thần và bộ phận nội tạng do rượu gây nên.

b) Nguyên nhân

- Phản ứng với tình trạng buồn phiền.

- Người bệnh có đặc điểm loạn thần kinh chức năng hoặc bệnh lý tâm thần.

- Nghề nghiệp có tính chất xã hội như chủ quán rượu, người đi chào hàng.

c) Triệu chứng

Các loại nhiễm độc này có các dấu hiệu:

https://tieulun.hopto.org

- Tình cảm hay thay đổi, thiếu sự ổn định.

- Trí nhớ và trí xét đoán bị suy giảm.

- Tình dục giảm sút.

- Lưỡi môi và các ngón tay rung mạnh.

- Có dấu hiệu viêm dạ dày, xơ gan và viêm nhiều dây thần kinh.

d) Điều trị

- Nội khoa:

+ Dùng thuốc điều trị xơ gan và viêm nhiều dây thần kinh.

+ Tiêm apomorphin sau khi uống rượu để tạo ra một phản xạ lợm giọng.

- Liệu pháp tâm lý và điều trị bệnh tâm thần.

e) Biến chứng

- Rối loạn tâm thần cấp tính nhất thời.

- Rối loạn tâm thần nghiêm trọng, có thể kèm theo: rối loạn viêm nhiều dây thần kinh, thiếu vitamin, thiếu ăn...

2. Nhiễm độc cồn ethylic

Cồn ethylic có trong các loại đồ uống sau:

- Trong bia: tỷ lệ cồn ethylic là 2-4%.

- Trong rượu vang: tỷ lệ 6-13%.

- Trong rượu mùi: tỷ lệ 30-40%.

- Trong rượu Whisky, Rhum, Cognac: tỷ lệ tới 50%.

a) Triệu chứng

- Có các dấu hiệu lâm sàng qua các giai đoạn:

https://tieulun.hopto.org

+ Giai đoạn khoan khoái và kích thích: giữa 1‰ và 2,5‰ cồn ở trong máu.

+ Giai đoạn ngủ: bắt đầu từ tỷ lệ 2,5‰ cồn ở trong máu trở lên.

+ Giai đoạn hôn mê nặng: tỷ lệ từ 4‰ đến 5‰ cồn ở trong máu trở lên.

- Các dấu hiệu lâm sàng của giai đoạn hôn mê do cồn có đặc điểm:

+ Thở nhanh, nông, hơi thở có mùi cồn.

+ Nhịp tim nhanh, kèm theo giảm huyết áp.

+ Mặt đỏ và có thể xanh tím nhẹ.

+ Phản xạ giác mạc và đồng tử còn nhưng phản xạ gân và xương thường bị mất.

b) Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với trạng thái hôn mê không có dấu hiệu thần kinh khu trú, có thể gặp trong các trường hợp:

- Hôn mê do nhiễm độc thuốc ngủ như: phenobarbital, cloral, seduxen, aminazin, plegomazin...

- Hôn mê do tăng urê trong máu.

- Hôn mê do bệnh đái tháo đường.

- Hôn mê do bệnh ở gan (viêm gan mạn tính, xơ gan, ung thư gan...).

- Hôn mê do nhiễm độc carbon oxyd (CO).

- Hôn mê do nhiễm độc thuốc phiện.

c) Điều trị

Thực hiện các liệu pháp:

- Rửa dạ dày bằng dung dịch natri bicarbonat, ngửi amoniac (NH_3).

https://tieulun.hopto.org

Chú ý: tránh tiêm apomorphin.

- Dùng các thuốc hồi sức thông thường.
- Dùng kháng sinh để đề phòng viêm phổi do hít thở.
- Dùng thuốc an thần khi người bệnh vật vã.
- Dùng liệu pháp oxy trong các thể nặng.

NHIỄM ĐỘC CARBON MONOXYD

Carbon monoxyd (CO) là một khí không màu, không mùi. CO có trọng lượng nhẹ hơn không khí.

1. Nguồn gốc của CO

- Khí thắp: trong khí thắp có nồng độ CO trung bình khoảng 8%.
- Khí lò than hay lò đốt củi: khi đốt lò, đặc biệt khi đậy lò làm hạn chế không khí tới.
- Lò cao: khí thải của lò cao chứa tới 40% CO.
- Khí mỏ than (nhất là khí ở trong mỏ và đường hầm), khí nổ, khí thoát ra trong đám cháy.
- Khí thoát ra từ các động cơ nổ, có nồng độ CO lên tới 7%: khói của đầu máy xe lửa chạy bằng hơi nước.
- Khí thoát ra từ việc hàn bằng đèn xì ở nơi chật hẹp.

2. Triệu chứng lâm sàng

a) Nhiễm độc nặng

Có dấu hiệu liệt các chi, ngất và co giật. Có thể tử vong trong vài giây hoặc vài phút.

https://tieulun.hopto.org

b) Nhiễm độc cấp tính

Có các dấu hiệu:

- Nhức hai thái dương, ù tai.
- Đánh trống ngực, mạch nhanh.
- Đau bụng, buồn nôn.
- Dáng đi loạng choạng, ngủ gà và hôn mê.
- Nhịp thở không đều, thở nông.
- Diễn biến của nhiễm độc cấp tính có thể gặp các khả năng sau đây:

+ Tử vong sau vài giờ hoặc vài ngày vì liệt hô hấp (ngừng thở).

+ Người bệnh có thể tỉnh lại dần và có các dấu hiệu: nhức đầu, chóng mặt và có thể mất trí nhớ.

3. Di chứng

a) Rối loạn thần kinh

- Có các dấu hiệu: mất trí nhớ, nhức đầu, mất ngủ, chóng mặt, rối loạn tình cảm.
- Có thể xuất hiện liệt hoặc có hội chứng Parkinson.

b) Dấu hiệu tim mạch

Đau thắt ngực, nghẽn thành mạch kèm tắc động mạch, nhồi máu cơ tim.

c) Có thể gây thiếu máu ác tính

4. Ngộ độc CO do tiếp xúc liên tiếp

Gây nên các thời kỳ thiếu oxy não, có các dấu hiệu:

- Rối loạn trí nhớ và cảm tính.

https://tieulun.hopto.org

- Rối loạn giác quan, nhất là ở các ngón tay và ngón chân.

5. Chẩn đoán

Dựa vào:

- Tiền sử và thời gian tiếp xúc với khí thải có CO.
- Phát hiện CO trong máu.

6. Điều trị

- Người bệnh được thở oxy.
- Dùng kháng sinh để phòng nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Tiêm tĩnh mạch glucose ưu trương (30%) để điều trị phù não.

NHIỄM ĐỘC ÉT XĂNG VÀ DẦU HOẢ

Ét xăng, dầu hỏa, dầu ma dút và kerosen gây hiện tượng nhiễm độc giống nhau.

Hiện tượng nhiễm độc xảy ra khi hít phải một lượng lớn hoặc uống nhầm phải các chất này.

1. Triệu chứng

Có các dấu hiệu:

- Dấu hiệu nhiễm độc kèm trạng thái sảng khoái, dáng đi chệnh choạng, nhức đầu, xanh tím và mất tri giác.
- Trong trường hợp uống phải các chất kể trên, có hai dấu hiệu quan trọng:

+ Dấu hiệu thần kinh xảy ra sau khi có biểu hiện viêm dạ dày - ruột.

https://tieulun.hopto.org

+ Viêm phế quản - phổi là một biến chứng thường gặp.

2. Điều trị

- Dùng liệu pháp oxy kèm theo hô hấp hỗ trợ.

- Dùng kháng sinh để đề phòng nhiễm khuẩn đường hô hấp.

- Dùng thuốc trợ tim digitalin trong trường hợp có biểu hiện phù phổi.

- Cho uống dầu paraphin với khối lượng từ 200-300 ml. Sau đó cho người bệnh uống thuốc tẩy muối.

NHIỄM ĐỘC CÁC LOẠI THUỐC NGỦ

1. Nhiễm độc cấp tính

Các loại thuốc ngủ và thuốc giảm đau (gọi chung là barbituric) khác nhau ở tốc độ và thời hạn tác động để gây nhiễm độc của chúng.

Phenobarbital là chất điển hình của barbituric có tác dụng kéo dài: liều gây chết trung bình là 5g.

Với cloral: liều gây chết vào khoảng 10g.

Các thứ thuốc ngủ không phải là barbituric thì ít độc hơn, liều gây chết thường vượt quá 10-20 g.

a) Triệu chứng

- Trường hợp nhiễm độc nhẹ, có các triệu chứng:

+ Người bệnh có trạng thái kích động giống như say rượu, chưa mất tri giác.

+ Nhịp thở và mạch bình thường.

https://tieulun.hopto.org

+ Phản xạ giác mạc và phản xạ gân bình thường hoặc giảm.

- Trường hợp nhiễm độc nặng, có các triệu chứng:

+ Hôn mê sâu và xanh tím.

+ Có dấu hiệu phát ban ngoài da.

+ Mạch nhanh, huyết áp hạ.

+ Đồng tử co và phản ứng yếu ớt với ánh sáng.

+ Phản xạ giác mạc và phản xạ gân xương bị mất.

+ Có thể: liệt trung tâm hô hấp, viêm phổi và phù phổi. Trong trường hợp này, người bệnh dễ bị tử vong.

b) Tiên lượng

Tiên lượng xấu gặp trong các trường hợp:

- Hôn mê sâu kéo dài.

- Uống thuốc ngủ cùng với rượu.

c) Chẩn đoán

Dựa vào những dấu hiệu của tình trạng hôn mê và ý kiến phát hiện của gia đình người bệnh.

d) Điều trị

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, nhịp thở và huyết áp của người bệnh.

- Dùng thuốc kháng sinh để điều trị và dự phòng nhiễm khuẩn đường hô hấp.

- Điều trị trạng thái sốc:

+ Dùng thuốc tăng huyết áp.

+ Truyền máu hoặc dextran.

- Rửa dạ dày: phương pháp này được áp dụng

https://tieulun.hopto.org

trong khoảng hai giờ kể từ khi người bệnh uống thuốc và người bệnh chưa mất ý thức.

Sau khi rửa dạ dày, dùng thuốc giải độc thông thường và sau đó dùng thuốc tẩy muối.

- Tiêm tĩnh mạch dung dịch natri bicarbonat 1/6mol (14g/lít) để kiềm hoá nước tiểu. Cần chú ý dùng thêm 20mEq/l một loại muối kali.

- Cho người bệnh nằm đầu thấp, hút đều chất nhầy trong họng và trong phế quản để duy trì sự thông suốt của đường thở.

2. Nhiễm độc mạn tính

a) Liều lượng: do thói quen nghiện thuốc ngủ, xảy ra trung bình với liều lượng trên 0,8g của một loại thuốc ngủ có tác dụng nhanh.

b) Triệu chứng

Các dấu hiệu của nhiễm độc thuốc ngủ mạn tính tương tự như các dấu hiệu của nghiện rượu:

- Dáng đi loạng choạng, mất sự phối hợp động tác.

- Rung giật nhãn cầu.

- Rối loạn khả năng xét đoán.

- Cơn nghiện xảy ra giống như cơn nghiện morphin.

Trong trường hợp ngừng đột ngột barbituric có thể xuất hiện các cơn giật hoặc có trạng thái mê sảng.

c) Điều trị: liệu trình giải độc được tiến hành ở bệnh viện chuyên khoa.

https://tieulun.hopto.org

NHIỄM ĐỘC ASEN (ARSENIC)

1. Các sản phẩm độc

- Asen nguyên chất: chất này không độc nhưng nó nhanh chóng oxy hoá để hình thành anhydric arsenic (As_2O_3) có độc.

- Anhydric arsenic: có dạng bột trắng, dùng trong các vụ đầu độc. Liều lượng gây tử vong là 0,1-0,2 g.

- Chì (Pb) và can xi arseniat: có trong thuốc trừ sâu và thuốc trừ cỏ.

- Các hợp chất hữu cơ của asen dùng trong điều trị.

2. Những ngành công nghiệp tiếp xúc với asen

- Sản xuất, xử lý và thao tác asen và các hợp chất của nó.

- Dùng thuốc trừ sâu trong nông nghiệp.

- Ngành công nghiệp đồ gốm thuỷ tinh, công nghiệp chất nổ, công nghệ thuộc da và sản xuất thuốc nhuộm.

3. Triệu chứng

a) Nhiễm độc cấp tính

- Do hít phải asen: gây viêm khí quản, đau ngực, ho, khó thở.

Sau 1-2 ngày, thường xuất hiện hội chứng bụng.

- Do uống phải asen: thời gian tiềm tàng sau khi uống từ 12 giờ đến 24 giờ; sau đó xuất hiện

https://tieulun.hopto.org

các triệu chứng của viêm dạ dày - ruột cấp tính với các dấu hiệu:

+ Nôn và tiêu chảy.

+ Ban đỏ xuất hiện.

+ Nhịp tim nhanh.

+ Huyết áp hạ.

Sau đó xuất hiện các dấu hiệu:

+ Giảm lượng nước tiểu.

+ Vô niệu.

+ Co giật và hôn mê.

b) Nhiễm độc mạn tính

Bao gồm các dấu hiệu:

- Rối loạn thần kinh: biểu hiện qua các dấu hiệu rối loạn tâm thần, viêm nhiễm dây thần kinh kiểu cảm giác - vận động, chủ yếu ở các cơ duỗi ở bàn chân và bàn tay.

- Tổn thương ở da:

+ Các vết loét ở gan bàn tay.

+ Đen da.

+ Da sần và có mụn nước.

+ Đỏ da.

- Rối loạn hệ tim mạch:

+ Xanh tím ở các đầu chi.

+ Nghễn động mạch trong trường hợp bệnh nặng.

- Rối loạn hệ tiêu hoá:

+ Buồn nôn, tiêu chảy.

+ Tăng tiết nước bọt.

- Rối loạn hệ hô hấp: có dấu hiệu của viêm mũi và viêm thanh - khí quản.

https://tieulun.hopto.org

- Có thể xuất hiện dấu hiệu thiếu máu.

4. Tiên lượng

- Thể cấp tính: tiên lượng tốt với điều trị sớm bằng BAL.

- Thể mạn tính: có thể gặp biến chứng liệt vĩnh viễn.

5. Chẩn đoán

a) Chẩn đoán xác định

Dựa vào việc phát hiện asen ở trong nước tiểu, ở tóc hoặc ở móng tay, móng chân.

b) Chẩn đoán phân biệt

- Thể cấp tính: phân biệt với viêm dạ dày - ruột do các nguyên nhân khác.

- Thể mạn tính: phân biệt với bệnh viêm nhiều dây thần kinh do các nguyên nhân khác.

6. Điều trị

a) Thể cấp tính

- Rửa dạ dày.

- Dùng apomorphin.

- Dùng thuốc giảm đau và thuốc hồi sức.

- Dùng natri thiosulfat 10%: tiêm tĩnh mạch từ 20-30 ml.

- Tiêm truyền tĩnh mạch dung dịch muối đẳng trương.

b) Thể mạn tính

- Dùng BAL để điều trị viêm nhiễm dây thần kinh.

https://tieulun.hopto.org

- Trong trường hợp có dấu hiệu tổn thương ở não: dùng thuốc an thần, dung dịch glucose ưu trương.

NHIỄM ĐỘC THỨC ĂN

Nhiễm độc thức ăn có thể do hai nguyên nhân:

- Do nấm độc.
- Do vi khuẩn.

1. Nhiễm độc thức ăn do nấm độc

Nhiễm độc thức ăn do nấm độc có thể gây nên một trong các hội chứng sau đây:

- Hội chứng viêm dạ dày - ruột.
- Hội chứng phalloid.
- Hội chứng muscarin.
- Hội chứng pantherin.
- Hội chứng kiểu nhiễm độc asen cấp tính.
- Hội chứng tiêu huyết.

a) Hội chứng viêm dạ dày - ruột

- Nguyên nhân gây bệnh: do các loại nấm.

+ Loại nấm ăn được nhưng quá già hoặc nấm đun lại đôi khi có thể trở nên độc.

+ Nấm Entolom Livid và Bolet de satan.

+ Một số nấm sữa Lactarius và Russula.

- Thời gian tiềm tàng: từ 1-3 giờ.

- Triệu chứng: có những dấu hiệu của viêm dạ dày - ruột cấp tính.

https://tieulun.hopto.org

- Điều trị:

+ Dùng thuốc gây nôn, than hoạt.

+ Đối với trường hợp nặng: tiêm truyền tĩnh mạch huyết thanh sinh lý.

b) Hội chứng tiêu huyết

- Hội chứng tiêu huyết gây ra do các nấm đĩa Helvella và Gyromitro.

- Các rối loạn xảy ra khoảng 5-10 giờ sau khi ăn nấm loại này.

- Các dấu hiệu lâm sàng khi bị ngộ độc:

+ Nôn mửa.

+ Tiêu chảy.

+ Vàng da tiêu huyết.

- Điều trị:

+ Hiệu chỉnh các rối loạn cân bằng nước và chất điện giải (Na, K...)

+ Truyền máu.

c) Hội chứng phalloid

- Nguyên nhân gây bệnh: do nấm Amanit phalloid. Những nấm này mọc về mùa hè và mùa thu.

- Thời gian tiềm tàng: từ 10-12 giờ sau khi ăn phải loại nấm này.

Nhiễm độc do nấm này là nhiễm độc nặng nhất.

- Triệu chứng: bao gồm các dấu hiệu:

+ Viêm dạ dày - ruột dữ dội.

+ Triệu chứng của mất nước nặng.

+ Rối loạn chất điện giải Na, K, Mg.

+ Viêm gan nhiễm độc xuất hiện sau vài ngày.

https://tieulun.hopto.org

- Điều trị:

+ Chống mất nước và rối loạn chất điện giải: dùng dung dịch NaCl và glucose đẳng trương.

+ Dùng huyết thanh kháng phalloid.

+ Dùng thuốc trợ lực, giảm đau và thuốc an thần.

+ Điều trị viêm gan và teo gan vàng da cấp tính.

d) Hội chứng muscarin

- Nguyên nhân gây bệnh: do các nấm thuộc loại Inocybe và Clitoybe.

- Thời gian tiềm tàng: thời gian nhiễm độc tiềm tàng là 1-2 giờ sau khi ăn phải loại nấm này.

- Triệu chứng: có dấu hiệu kích thích mạnh dây thần kinh phế vị.

+ Vã nhiều mồ hôi, tăng tiết nước bọt.

+ Rối loạn điều tiết và co nhẹ đồng tử.

+ Nhịp tim chậm và huyết áp hạ.

- Điều trị:

+ Dùng atropin 0,5-1mg tiêm dưới da. Có thể tiêm dưới da lần thứ hai sau 60 phút.

+ Dùng thuốc gây nôn và thuốc tẩy.

+ Dùng thuốc trợ sức và dung dịch NaCl đẳng trương.

e) Hội chứng phatherin

- Nguyên nhân gây bệnh: do nấm Amanit muscaria (nấm trứng giả đại hồng nhung).

- Thời gian tiềm tàng: thời gian nhiễm độc tiềm tàng là 1-2 giờ sau khi ăn phải nấm này.

- Triệu chứng: bao gồm các dấu hiệu:

https://tieulun.hopto.org

+ Viêm dạ dày - ruột.

+ Có bệnh cảnh của nhiễm độc atropin: biểu hiện trên lâm sàng qua các triệu chứng sau đây:

• Ngừng tiết nước bọt, nước mắt, dịch tiêu hoá, dịch phế quản và mồ hôi.

• Nhức đầu.

• Có trạng thái nhiễm độc: cử động hỗn loạn.

• Hôn mê, co giật.

• Khát nước dữ dội.

• Mạch nhanh, huyết áp và thân nhiệt tăng tạm thời.

• Có thể gây liệt hô hấp.

- Điều trị:

+ Dùng thuốc gây nôn và thuốc tẩy.

+ Dùng thuốc an thần.

+ Tiêm truyền dung dịch NaCl đẳng trương vào tĩnh mạch.

+ Tiêm tĩnh mạch thuốc can xi gluconat.

f) Hội chứng kiểu nhiễm độc asen cấp tính

- Nguyên nhân gây bệnh: do uống rượu sau khi ăn nấm Coprins.

- Thời gian tiềm tàng: các rối loạn xảy ra vài phút sau khi uống rượu và có thể xuất hiện ba ngày sau khi ăn nấm.

- Triệu chứng: có các dấu hiệu lâm sàng như các dấu hiệu khi uống rượu:

+ Nhức đầu: cảm xúc thiếu ổn định.

+ Mạch nhanh và nhịp thở nhanh.

https://tieulun.hopto.org

+ Huyết áp giảm.

- Điều trị: chữa các triệu chứng.

2. Nhiễm độc thức ăn do vi khuẩn

Viêm dạ dày - ruột có thể do các loại vi khuẩn sau đây:

- Tụ cầu khuẩn: tụ cầu khuẩn bắt nguồn từ một người mang mầm bệnh bị nhiễm tụ cầu khuẩn ở da hoặc trong mũi họng.

Thức ăn thường bị lây nhiễm tụ cầu khuẩn là: bánh ngọt, kem, sữa, thịt chế biến và một số cá hộp.

+ Triệu chứng: các rối loạn xuất hiện trung bình hai giờ sau khi ăn phải thức ăn bị lây nhiễm. Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp:

- Nôn.
- Tiêu chảy.
- Đau bụng dữ dội.
- Đôi khi có thể gặp trụy tim mạch.
- Không sốt.

+ Điều trị:

- Dùng thuốc kháng sinh.
- Truyền dung dịch NaCl và glucose qua đường tĩnh mạch.

- Vi khuẩn Samonella: mầm bệnh hay gặp nhất là Samonella typhimurium và Samonella enteridis.

+ Triệu chứng:

- Thời gian ủ bệnh lâu: trung bình từ 12-24 giờ.

https://tieulun.hopto.org

• Bệnh kéo dài 2-3 ngày, biểu hiện qua hội chứng viêm dạ dày - ruột.

+ Chẩn đoán: xét nghiệm vi khuẩn trong phân.

+ Điều trị: dùng kháng sinh loại chloramphenicol.

3. Các mầm bệnh khác

Các loại vi khuẩn như Proteus, trực khuẩn coli, Perfringens xuất hiện trong thịt bị lây nhiễm, có thể gây ra viêm dạ dày - ruột giống như nhiễm độc do tụ cầu khuẩn.

https://tieulun.hopto.org

Chương IV
CÁC BỆNH MẠCH MÁU NGOẠI VI

CƯỚC

Cước còn được gọi là ban đỏ cước, thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn nam giới.

1. Nguyên nhân

Tăng cảm thụ với lạnh (có thể do thể tạng).

2. Triệu chứng

Các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện vào đầu mùa đông, thể hiện ở bàn tay, bàn chân và tay.

Những mảng sần đỏ, nóng và ngứa trong thời gian đầu, sau đó chuyển màu tím nhạt.

Có thể hình thành những nốt phỏng nước và có thể loét.

3. Điều trị

- Điều trị tại chỗ: chà xát bằng cồn long não, bôi thuốc mỡ có thành phần chủ yếu là dầu gan cá thu.

- Điều trị toàn thân: dùng vitamin A và vitamin PP.

https://tieulun.hopto.org

GIÃN TĨNH MẠCH

1. Định nghĩa

Bệnh giãn tĩnh mạch là sự giãn nở không đều của một tĩnh mạch, thường gặp ở các tĩnh mạch nông của cẳng chân.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh giãn tĩnh mạch thường gặp nhiều ở phụ nữ.

3. Nguyên nhân

Do các nguyên nhân sau đây:

- Dị dạng bẩm sinh của hệ tĩnh mạch có kèm theo hiện tượng tăng đường kính tĩnh mạch một cách thứ phát.
- Giãn tĩnh mạch thứ phát sau tư thế đứng lâu.
- Chướng ngại vật cản trở sự lưu thông tĩnh mạch do thai nghén, khối u ở bụng, dịch trong ổ màng bụng, nghẽn mạch trong nội tạng.

4. Triệu chứng

- Mệt nhọc có kèm theo cảm giác nằng nặng ở trong cẳng chân.
- Nhìn thấy những búi tĩnh mạch bị giãn có kèm theo tăng nhiệt độ của chi dưới. Có thể kèm theo hư biến ngoài da như: da dày lên và teo, xanh tím, da nhiễm sắc tố, phản ứng eczema.
- Có hiện tượng phù chi dưới.

https://tieulun.hopto.org

5. Biến chứng

- Loét giãn tĩnh mạch: có những vết loét ở cẳng chân.

- Viêm tĩnh mạch: hay gặp nhưng ít gây ra tắc mạch.

- Vỡ tĩnh mạch ở dưới da: biến chứng này thường nhẹ.

6. Điều trị

- Mang một băng ép ở nơi giãn tĩnh mạch.

- Dùng liệu pháp gây xơ cứng: tiêm tĩnh mạch 1-5ml hỗn dịch gây xơ cứng với nhiều biệt dược. Lấy mốc tĩnh mạch ở tư thế đứng.

Chú ý: không dùng liệu pháp gây xơ cứng khi người bệnh bị viêm nghẽn tĩnh mạch cấp tính, suy động mạch mạn tính; các bệnh nhiễm khuẩn, suy tim, đái tháo đường.

- Điều trị phẫu thuật:

+ Cắt bỏ các búi giãn tĩnh mạch.

+ Cắt bỏ quai mạch.

VIÊM TĨNH MẠCH

1. Định nghĩa

- Nghẽn tĩnh mạch là sự hình thành một cục máu đông ở trong một tĩnh mạch.

- Viêm tĩnh mạch là hiện tượng viêm của một tĩnh mạch.

https://tieulun.hopto.org

- Trong thực tế, nghẽn tĩnh mạch bao giờ cũng kết thúc bằng viêm tĩnh mạch và viêm tĩnh mạch sẽ gây ra nghẽn mạch.

2. Nguyên nhân

Các nguyên nhân có thể gặp là:

- Ứ tĩnh mạch do:

+ Suy tim.

+ Nghỉ ngơi tuyệt đối kéo dài ở trên giường.

+ Chèn ép: gặp trong trường hợp tử cung có thai, dịch màng bụng, khối u.

- Các bệnh gây suy mòn: các bệnh gây suy mòn và đặc biệt là bệnh ung thư dọn đường cho nghẽn tĩnh mạch đôi khi do sự xâm lấn trực tiếp vào tĩnh mạch.

- Các bệnh tĩnh mạch: phình tĩnh mạch.

- Các bệnh máu: gặp trong bệnh tăng hồng cầu, bệnh thiếu máu nặng, bệnh bạch cầu.

- Các bệnh mưng mủ: mưng mủ trong ổ bụng (gặp trong bệnh viêm tĩnh mạch cửa), mưng mủ ở mặt và trong viêm xương chũm (gặp trong viêm nghẽn nhiễm trùng tĩnh mạch cảnh trong).

3. Triệu chứng

a) Thời kỳ bắt đầu

- Triệu chứng toàn thân:

+ Cảm giác khó chịu, lo âu.

+ Mạch nhanh dần.

+ Nhiệt độ tăng nhẹ.

+ Nhịp thở có thể nhanh.

https://tieulun.hopto.org

- Đau: có cảm giác kiến bò và nằng nặng hoặc có dấu hiệu chuột rút ở bắp cẳng chân hay ở gót chân.

Khi bóp bắp cẳng chân hoặc gót chân và khi gấp bàn chân về phía mu thì xuất hiện dấu hiệu đau và bị giới hạn.

- Trường hợp các tĩnh mạch nông bị viêm nghẽn, ta thấy bàn chân bị xanh tím. Trường hợp nghẽn tĩnh mạch sâu, ta thấy chi (tay hoặc chân) mắc bệnh bị nhợt nhạt hơn là chi lành.

- Nóng: gặp trong trường hợp nghẽn mạch nông, chi mắc bệnh nóng hơn chi lành.

- Phù: chu vi bắp cẳng chân bị bệnh to hơn chu vi bên lành.

b) Thời kỳ toàn phát

- Đau: khu trú ở bắp cẳng chân, hõm khoeo hoặc bẹn; có thể đau toả lan ở toàn bộ chi dưới.

- Phù: có dấu hiệu phù ở mắt cá chân, bắp cẳng chân hoặc đùi.

- Tràn dịch khớp gối: thường đi kèm viêm tĩnh mạch.

- Nổi hạch ở bẹn.

4. Tiến triển

- Bệnh khỏi dần: đau là dấu hiệu mất đi trước tiên, sau đó dấu hiệu phù tiêu hết.

- Di chứng có thể gặp:

+ Phù: phù mềm và không đau, có thể dấu hiệu phù lan rộng có kèm theo các rối loạn da (như da teo, da nhiễm sắc, eczema ngoài da).

https://tieulun.hopto.org

+ Giãn tĩnh mạch sau viêm tĩnh mạch.

+ Đau.

+ Rối loạn dinh dưỡng: có thể gặp teo da, loét, teo cơ, loãng xương.

+ Tai biến nhiễm trùng: viêm bạch mạch, viêm tấy do viêm tĩnh mạch.

5. Biến chứng

Thường gặp tắc mạch và nhồi máu phổi. Tắc mạch phổi là một biến chứng sớm của viêm nghẽn tĩnh mạch.

6. Chẩn đoán

a) Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Đau bắp cẳng chân ở người bệnh nằm liệt giường.

- Phù ở chi.

- Tăng nhiệt độ ở nơi bị tắc tĩnh mạch.

- Dấu hiệu toàn thân như: khó chịu, lo âu, sốt nhẹ, tim đập nhanh.

b) Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Tắc động mạch cấp tính: có các dấu hiệu lâm sàng như sau:

+ Các tĩnh mạch bị xẹp.

+ Các động mạch không đập hoặc đập yếu.

+ Nhiệt độ của da bị giảm.

+ Không có phù.

https://tieulun.hopto.org

- Viêm bạch mạch:

+ Có dấu hiệu toàn thân: rét run, sốt cao.

+ Có dấu hiệu đỏ và nóng ở chi mắc bệnh (khác với viêm nghẽn tĩnh mạch là chi tái nhợt và xanh tím).

7. Điều trị

- Nghỉ tuyệt đối trên giường: nâng cao chân giường, quấn gạc ấm và làm cho đỡ đau.

- Dùng thuốc chống đông: coumarin hoặc heparin.

- Vận động sớm: có các động tác chủ động ở trên giường 24 giờ sau khi bắt đầu điều trị bằng các thứ thuốc chống đông. Để bệnh nhân đi lại có mang băng ép ngay sau khi hết đau và 24 giờ sau khi hạ nhiệt độ ở da của chi.

8. Phòng bệnh

- Không nên lạm dụng sự nghỉ ngơi tuyệt đối.

- Cần thực hiện các biện pháp:

+ Để bệnh nhân ngồi dậy sớm.

+ Dùng các biện pháp điều trị giãn tĩnh mạch và các nguyên nhân thuận lợi gây nghẽn tĩnh mạch như thiếu máu, nhiễm trùng, mất nước, suy tim.

VIÊM NGHẼN TẮC MẠCH

Bệnh viêm nghẽn tắc mạch còn gọi là bệnh Buerger (năm 1908), thường xảy ra ở người trẻ tuổi và nghiện thuốc lá nặng.

https://tieulun.hopto.org

1. Định nghĩa

Bệnh viêm nghẽn tắc mạch có đặc điểm là viêm tắc toàn hệ mạch cấp tính, tiến triển bằng những ổ nối tiếp.

2. Nguyên nhân

Chưa biết rõ.

Bệnh thường bắt đầu từ các thân mạch trung bình như mạch quay, mạch trụ, mạch chầy sau hoặc trước. Các tĩnh mạch thường ít bị tổn thương hơn các động mạch.

3. Triệu chứng

Gặp tổn thương ở hai chi dưới nhiều hơn.

- Các dấu hiệu lâm sàng:

+ Có cảm giác kiến bò, tê, tăng cảm thụ với lạnh.

+ Có hội chứng Raynaud: tái, xanh tím.

+ Đau: đau khập khiễng giãn cách với đặc điểm:

• Đau bắp chân xảy ra sau một cuộc đi bộ lâu và dấu hiệu đau mất đi sau khi người bệnh dừng lại và nghỉ.

• Có thể gặp dấu hiệu khập khiễng giãn cách (hay còn gọi là khập khiễng cách hồi) ở mông.

• Đau ở tư thế nằm của người bệnh, đó là dấu hiệu của giai đoạn tiến triển nặng của bệnh. Đau giảm bớt ở tư thế thấp.

+ Viêm nghẽn tĩnh mạch: thường gặp viêm nghẽn tĩnh mạch có trước tổn thương ở động mạch.

+ Tổn thương mạch máu ở nội tạng: có thể gặp

https://tieulun.hopto.org

tổn thương ở các động mạch não (ngập máu não) hoặc ở các động mạch vành (đau thắt ngực).

- *Ở thời kỳ toàn phát:* có những đợt tắc động mạch cấp tính tiến đến suy động mạch mạn tính.

4. Tiến triển

Bệnh tiến triển thành những đợt nối tiếp nhau.

5. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu:

- Bệnh xảy ra ở người nghiện thuốc lá nặng.
- Có triệu chứng khập khiễng cách hồi và đau khi nằm.
- Có hư biến thiếu máu cục bộ và dinh dưỡng ở da vùng bị tổn thương.
- Có viêm nghẽn tĩnh mạch nông.

6. Chẩn đoán phân biệt

a) Ở giai đoạn bắt đầu của bệnh

Cần phân biệt với các bệnh:

- Đau dây thần kinh hông.
- Viêm nhiều dây thần kinh.
- Thấp khớp.

b) Ở giai đoạn tiến triển: cần phân biệt với các bệnh:

- Xơ cứng động mạch:

+ Đỏ da ở phần thấp.

+ Hoại thư ở đầu chi do tắc động mạch lớn.

+ Có thể tăng huyết áp.

+ Mạch giảm hay không có.

https://tieulun.hopto.org

+ Không có hiện tượng viêm tĩnh mạch.

+ Tăng cholesterol trong máu.

- Tắc động mạch:

+ Đau dữ dội và khập khiễng cách hồi.

+ Da nhợt và lạnh.

+ Động mạch không đập ở vị trí của động mạch bị tắc.

- Bệnh Raynaud:

+ Đỏ da ở phần thấp.

+ Hoại thư tuỳ theo vị trí của thân động mạch chầy, động mạch quay, động mạch trụ bị tổn thương.

+ Thường gặp ở vị trí chi trên.

+ Dấu hiệu lâm sàng tại chỗ xảy ra ở hai bên đối xứng.

+ Mạch đập ở giữa các cơn.

+ Không tăng huyết áp.

7. Điều trị

Điều trị viêm nghẽn tắc mạch là đơn thuần điều trị triệu chứng.

- Bỏ thuốc lá.

- Dùng thuốc chống đông máu trong các đợt tiến triển.

- Dùng liệu pháp gây sốt trong các thể bệnh có kèm hiện tượng co thắt mạch nặng.

- Cắt bỏ dây thần kinh giao cảm.

8. Dự phòng các vết loét

- Tránh lạnh và không tắm nước quá nóng.

https://tieulun.hopto.org

- Cắt móng tay, móng chân đều đặn và cẩn thận.

- Không cắt chai chân hoặc đắp các chất ăn da.

- Dùng giày thoải mái và bít tất luôn luôn phải sạch.

- Điều trị ngay bệnh nấm ngoài da (nếu có).

PHÌNH ĐỘNG - TĨNH MẠCH

Phình động - tĩnh mạch còn được gọi là phình mạch rối, phình mạch do nối hoặc u mạch rối.

1. Nguyên nhân

- Phình động - tĩnh mạch mắc phải: bệnh xảy ra thứ phát sau chấn thương. Thường gặp vị trí ở chi trên hay chi dưới.

- Phình động - tĩnh mạch bẩm sinh, vị trí có thể gặp là:

+ Thân động mạch gây phình động - tĩnh mạch phổi.

+ Động mạch ở đầu gây xuất huyết dưới màng nhện.

2. Triệu chứng

a) Phình động - tĩnh mạch mắc phải

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Trong tiền sử: có chấn thương.

- Đôi khi có dấu hiệu suy tim.

- Dấu hiệu tại chỗ:

+ Sung huyết tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch và phù.

https://tieulun.hopto.org

+ Động mạch đập mạnh và chi nóng ở chỗ phình. Ở dưới thấp thì chi lạnh hơn và có thể thấy một vết loét.

b) Phình động - tĩnh mạch bẩm sinh

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Không có chấn thương trong tiền sử.
- Chi mắc bệnh dài hơn chi lành.
- Vùng phình mạch không có tiếng thổi tâm thu - tâm trương khi nghe.

3. Điều trị

- Phình động - tĩnh mạch mắc phải: phẫu thuật.
- Phình động - tĩnh mạch bẩm sinh: không điều trị phẫu thuật được vì có nhiều chỗ thông động - tĩnh mạch.

SUY ĐỘNG MẠCH CẤP TÍNH

1. Nguyên nhân

a. Nghẽn động mạch

Gặp trong các bệnh:

- Xơ cứng tiểu động mạch: xảy ra trong bệnh đái tháo đường.
- Viêm thành động mạch: xảy ra trong bệnh viêm nghẽn tắc mạch, bệnh viêm nút quanh động mạch.
- Bệnh nhiễm khuẩn.
- Chấn thương.

https://tieulun.hopto.org

b) Tắc động mạch

- Tắc động mạch gốc ở tim: gặp trong bệnh suy tim, nghẽn thành mạch trong nhồi máu cơ tim, hẹp van hai lá.

- Tắc động mạch gốc ở động mạch: gặp trong bệnh nghẽn động mạch, bệnh phình mạch.

- Tắc động mạch gốc ở tĩnh mạch: hiếm gặp. Thường do tắc ngược qua một lỗ thông giữa hai tâm nhĩ.

2. Triệu chứng

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Đau: có thể đau dữ dội trong 50% trường hợp.
- Cảm giác tê và khập khiễng cách hồi.
- Da lạnh.
- Động mạch không đập ở vị trí tắc.
- Giảm cơ lực, giảm phản xạ gân, giảm cảm giác.

3. Tiên lượng

- Tiên lượng dè dặt ở người cao tuổi và tắc thân động mạch lớn.

- Hoại thư: gặp ở người bệnh trên 60 tuổi với tỷ lệ khoảng 70% trường hợp.

- Tắc động mạch cấp tính có thể dẫn đến suy động mạch mạn tính.

4. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Chi mắc bệnh bị yếu, đau và nhợt nhạt.

https://tieulun.hopto.org

- Các động mạch bị tắc, không đập.

- Chi mắc bệnh giảm các phản xạ.

5. Điều trị

Áp dụng các biện pháp sau đây:

- Hạ thấp chi bị tổn thương để tránh thiếu máu cục bộ.

- Quấn bông vùng thiếu máu cục bộ.

- Dùng thuốc chống đông máu: tiêm heparin.

- Dùng thuốc giãn mạch: papaverin, các dẫn xuất của acid nicotinic, các nitrit, benzylimidazolinum (priscol).

- Dùng thuốc kháng sinh nhằm mục đích dự phòng tình trạng nhiễm khuẩn.

- Chườm nóng ở gốc chi bị tổn thương hoặc trên thân động mạch để gây giãn mạch, không được sưởi ấm vùng thiếu máu cục bộ.

- Điều trị phẫu thuật:

+ Cắt bỏ cục tắc mạch khi tắc mạch chưa lâu quá tám giờ.

+ Cắt cụt chi trong trường hợp hoại thư.

SUY ĐỘNG MẠCH MẠN TÍNH

1. Nguyên nhân

a) Xơ cứng động mạch: xảy ra trong các bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, béo phì.

Trong thực tế, xơ cứng động mạch chỉ xảy ra ở chi dưới và ở người cao tuổi.

https://tieulun.hopto.org

b) Viêm nghẽn tắc mạch (hay là bệnh Buerger): xảy ra ở người cao tuổi.

2. Triệu chứng

a) Khập khiễng cách hồi

Chuột rút đau xảy ra sau khi đi bộ lâu. Bắt đầu đau ở bắp chân và có thể lan toả ra toàn bộ cẳng chân.

Có thể gặp thể bệnh khập khiễng cách hồi ở mông.

b) Đau ở tư thế nằm: có thể xảy ra trong giờ đầu của giấc ngủ. Đó là dấu hiệu của giai đoạn tiến triển nặng của bệnh.

c) Da nhợt và lạnh: màu nhợt này tăng lên khi nâng cao chi. Ở giai đoạn tiến triển nặng hơn: da bị teo, nhẵn bóng và rải rác có những mảng tím nhạt.

d) Mạch không đập ở động mạch bị tắc.

3. Tiến triển

Bệnh tiềm tàng một thời gian dài và có thể dẫn tới:

- Vùng hoại thư xuất hiện ở mông, ở gót chân hoặc ở mặt gan bàn chân.
- Đau tăng lên.

4. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Khập khiễng cách hồi.
- Mạch không đập hoặc đập yếu ở các động mạch bị tắc.

https://tieulun.hopto.org

- Đau ở tư thế nằm.

5. Tiên lượng

Trong thể xơ cứng động mạch, tiên lượng phụ thuộc vào:

- Kích thước của các tổn thương.
- Sự xuất hiện tuần hoàn bàng hệ (có nghĩa là các tĩnh mạch giãn to và xuất hiện rõ ở dưới da) hoặc một chấn thương.
- Tử vong do tai biến mạch máu não hay do nhồi máu cơ tim.

6. Điều trị

- Khi có khập khiễng cách hồi, người bệnh có thể tránh dấu hiệu đau bằng cách đi chậm, dừng chân luôn.
- Cai thuốc lá.
- Tránh lạnh và tránh tắm nước quá nóng.
- Dự phòng loét bằng cách: đi giày thoải mái, bít tất phải luôn luôn sạch, cắt móng tay và móng chân cẩn thận và đều đặn, không cắt chai chân hoặc đắp các chất ăn da.
- Làm giãn mạch bằng các phương pháp:

+ Gắng sức cơ (tăng lực cơ): đi chậm và nhanh dần dần.

+ Ngâm mông vào nước nóng.

+ Nâng cao đầu giường làm tăng mức tưới máu ở hai chi dưới.

+ Dùng thuốc giãn mạch: acid nicotinic và những

https://tieulun.hopto.org

dẫn xuất của nó benzylimidazolinum (priscol), các nitrit và papaverin.

- Dùng thuốc kháng sinh khi có hoại thư ướt.

- Phẫu thuật: cắt bỏ cục nghẽn hoặc cắt bỏ đoạn mạch máu bị nghẽn.

U MẠCH MÁU

Người ta phân biệt các loại u mạch máu:

- U mạch (còn được gọi là u mạch máu): là u lành, gồm có các mạch máu tân tạo.

+ Nơ vi bẩm sinh: đó là vết đỏ nhạt, có ranh giới rõ, gồm một mạng mao mạch. Vị trí của vết đỏ thường ở mặt. Gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ em.

+ U mạch củ: đó là u nhỏ mềm, lồi, màu đỏ tím, vị trí ở mặt.

- U bạch mạch: u bạch mạch có thể phối hợp với một phình động - tĩnh mạch.

+ U bạch mạch có ngay từ lúc trẻ mới sinh. Nó có thể có vị trí ở bất cứ phần nào của cơ thể và của nội tạng.

+ Có thể gặp u bạch mạch đơn giản hay là u hang bạch mạch.

+ U bạch mạch là u mạch máu lành tính, phát sinh trên các bạch mạch.

+ U bạch mạch là một khối u bóng, giống hột cơm và chun giãn.

Vị trí của u bạch mạch được thấy chủ yếu ở vùng lân cận gốc chi, trên lưỡi, mi mắt.

https://tieulun.hopto.org

+ U hang bạch mạch: là một u nang thanh mạc gồm nhiều ngăn. U hang bạch mạch có thể bị nhiễm khuẩn và mưng mủ.

Vị trí thường gặp trong hõm trên đòn. U hang bạch mạch có từ khi trẻ mới sinh.

- U mạch cuộn: là u mạch do phì đại các chỗ nối động - tĩnh mạch bình thường ở mô dưới da.

Có dấu hiệu đau nhiều khi va chạm vào u mạch cuộn. Biểu hiện tại chỗ bằng những cục nhỏ màu tím nhạt, có kích thước vài milimét.

Vị trí thường gặp ở các vùng xúc giác và đôi khi ở mông.

Chú thích:

Các u ác tính như u nội mô, sarcom mạch máu... hiếm gặp.

Xử trí:

Phần lớn các u mạch củ và u mạch dưới da sẽ teo đi trong vòng vài năm. Người ta chỉ đặt vấn đề can thiệp khi có biến chứng hoặc quá ảnh hưởng thẩm mỹ. Các biện pháp được cân nhắc:

- Dùng Corticoid như Prednisolone.

- Propranolol.

- Phương pháp dùng tia Laser đang tỏ ra có triển vọng.

https://tieulun.hopto.org

Chương V
BỆNH CỦA CÁC TUYẾN NỘI TIẾT

RỐI LOẠN KINH NGUYỆT

1. Định nghĩa và phân loại

Rối loạn kinh nguyệt bao gồm các biểu hiện dưới đây:

- Vô kinh: vô kinh là hiện tượng không có kinh nguyệt. Có hai loại vô kinh:

+ Vô kinh nguyên phát: không có kinh nguyệt ở người phụ nữ chưa bao giờ hành kinh.

+ Vô kinh thứ phát: là hiện tượng mất kinh.

- Kinh đau: có triệu chứng đau khi hành kinh.

Có hai loại kinh đau:

+ Kinh đau nguyên phát: triệu chứng đau xuất hiện khi hành kinh.

+ Kinh đau thứ phát: triệu chứng đau xuất hiện sau khi hành kinh.

- Rong kinh: là hiện tượng ra huyết từ tử cung có chu kỳ, thường kéo dài trên bảy ngày.

- Băng huyết: băng huyết là hiện tượng ra huyết từ đường sinh dục không theo chu kỳ, và cũng kéo dài trên bảy ngày.

https://tieulun.hopto.org

- Ít kinh nguyệt: số lượng huyết kinh không đáng kể.

- Kinh nguyệt quá ngắn: hành kinh dưới hai ngày đã sạch huyết.

2. Vô kinh nguyên phát

Chẩn đoán vô kinh nguyên phát không được đặt ra trước 18 tuổi.

Vô kinh nguyên phát do các nguyên nhân sau:

- Rối loạn nội tiết:

+ Không phát dục, loạn sản buồng trứng.

+ Giảm năng thuỳ trước tuyến yên trước dậy thì, loạn dưỡng phì sinh dục.

+ Hội chứng sinh dục thượng thận trước dậy thì.

+ Giảm năng tuyến giáp (không hằng định).

- Rối loạn giải phẫu học: do giảm sản, hẹp tử cung hoặc hẹp âm đạo.

- Rối loạn nhận cảm của nội mạc tử cung: người bệnh có chu kỳ buồng trứng bình thường và sản xuất đủ oestrogen và progesteron. Tuy nhiên, nội mạc tử cung vẫn không cảm thụ.

3. Vô kinh thứ phát

a) Sinh lý

- Thai nghén.
- Tiết sữa.
- Mãn kinh.

https://tieulun.hopto.org

b) Rối loạn chức năng buồng trứng

- Tăng tiết folliculin: gặp trong các trường hợp:

+ Viêm nội mạc tử cung xuất huyết.

+ Hội chứng căng thẳng tiền kinh nguyệt.

- Giảm tiết folliculin: đôi khi vô kinh kiểu mãn kinh.

- Tăng tiết lutein (hay là thừa progesteron): khởi đầu của thai nghén có một thời kỳ tăng tiết lutein. Do ảnh hưởng của các hormon hướng sinh dục màng đệm nên hoàng thể lưu tồn và duy trì nội mạc tử cung trong giai đoạn chế tiết, do đó có vô kinh.

- Giảm tiết lutein: là hiện tượng thiếu hormon của hoàng thể (lutein), biểu hiện qua những rối loạn kinh nguyệt như:

+ Vô kinh.

+ Kinh nguyệt không đều và đau (chứng kinh đau).

+ Rong kinh.

+ Ở thai phụ: giảm tiết lutein có thể gây ra sảy thai.

c) Bệnh tuyến nội tiết rõ ràng

Do các nguyên nhân:

- Tổn thương tuyến yên.

- Tổn thương vỏ thượng thận.

- Tổn thương tuyến giáp.

- Tổn thương hệ thần kinh - hormon thuỳ sau tuyến yên và vùng dưới đồi có kèm theo thiếu

https://tieulun.hopto.org

hormon chống bài niệu. Từ nguyên nhân này gây nên bệnh đái tháo nhạt. Bệnh đái tháo nhạt có đặc điểm là:

+ Đi tiểu nhiều thường xuyên hoặc nhất thời.

+ Lượng nước tiểu nhiều, có tỷ trọng thấp, không có albumin, không chứa glucose.

4. Vô kinh do vùng dưới đồi (hay do tâm thần)

Đây là thể bệnh hay gặp nhất của chứng vô kinh thứ phát.

a) Nguyên nhân

- Xúc cảm mạnh, lo âu; nhưng vô kinh có thể mất đi sau hôn nhân.

- Sợ hãi.

b) Triệu chứng

Vô kinh là triệu chứng duy nhất.

c) Điều trị

Cách điều trị có hiệu quả là liệu pháp tâm thần kết hợp với các thứ thuốc an thần.

5. Vô kinh do nguyên nhân tại chỗ

Do viêm hoặc do khối u.

6. Kinh đau (đau bụng khi hành kinh)

Có hai loại kinh đau:

- Kinh đau nguyên phát hoặc vô căn.

- Kinh đau thứ phát ghép vào một bệnh phụ khoa.

Nội dung dưới đây được nêu lên với loại kinh đau nguyên phát.

https://tieulun.hopto.org

a) Nguyên nhân

Không được biết rõ. Có thể do các nguyên nhân:

- Yếu tố tâm thần - thân thể.
- Sự mất cân bằng giữa mức sản xuất oestrogen và progesteron.
- Những rối loạn khả năng co tử cung.

b) Triệu chứng

- Đau: chỉ xảy ra ở phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt bình thường.
- Có biểu hiện chuột rút ở vùng thắt lưng và ở bụng, xuất hiện vào những giờ đầu hành kinh.

Chứng kinh đau nguyên phát nhiều khi giảm bớt trong điều kiện:

- Sau hôn nhân.
- Sau thai nghén.
- Khi sắp tới mãn kinh.

c) Chẩn đoán xác định

- Dựa vào khám phụ khoa kỹ càng.
- Cần loại bỏ các nguyên nhân gây đau ở các nội tạng.

d) Điều trị

- Liệu pháp tâm thần.
- Dùng thuốc an thần, dùng thuốc chống đau (codein, phenacetin, aspirin), dùng thuốc chống co thắt cơ trơn.
- Gắng sức thể lực: có thể làm thuyên giảm hội chứng đau xuất hiện trước lúc bắt đầu hành kinh.
- Liệu pháp hormon: dùng thuốc:

https://tieulun.hopto.org

+ Testosteron: có hiệu quả trong các thể bệnh nhẹ. Uống 10mg methyltestosteron/24h trong thời gian 10-15 ngày cuối cùng của chu kỳ kinh nguyệt.

+ Progesteron: cho kết quả điều trị thất thường. Tiêm bắp 10mg/lần x 2 lần trong một tuần lễ. Sử dụng thuốc trong hai tuần lễ cuối cùng của chu kỳ kinh nguyệt.

+ Ức chế rụng trứng bằng các oestrogen. Cho uống một trong số các oestrogen tổng hợp (như các thuốc: diethylstilbestrol, cyclooestrol, synthrogen, novestrine, debestran, broparestrol, benzoestrol, octofollin, trianisoestrol).

Ghi chú: các thuốc oestrogen đều thuộc bảng C. Các thuốc này có thể gây tác dụng phụ như sau:

+ Xuất huyết tử cung.

+ Rối loạn tiêu hoá.

+ Ban da.

+ Vàng da.

+ Ban xuất huyết giảm tiểu cầu.

+ Thiếu máu bất sản.

+ Rối loạn chất điện giải.

+ Ung thư vú và sinh dục ở phụ nữ với liều cao của thuốc và điều trị kéo dài.

Dùng các oestrogen trong ba tuần lễ đầu của chu kỳ kinh nguyệt, không kéo dài liệu trình quá một năm.

- Điều trị phẫu thuật: thủ thuật cắt bỏ dây thần kinh trước - cùng để điều trị các thể bệnh nặng.

https://tieulun.hopto.org

7. Rụng trứng đau

Ở một số phụ nữ, rụng trứng có kèm triệu chứng đau:

- Đau ở vùng hố chậu, ở một bên.
- Đau lan về phía mặt trong hai đùi.
- Triệu chứng đau có thể kèm theo dấu hiệu: tiểu tiện khó, buồn nôn, nôn, tiêu chảy.

DẬY THÌ SỚM

1. Định nghĩa

Dậy thì sớm là sự trưởng thành sinh dục xuất hiện trước lứa tuổi thông thường.

2. Các thể lâm sàng

a) Dậy thì sớm thật

- Có đầy đủ các dấu hiệu và biến đổi của hiện tượng dậy thì, tuy nhiên, chúng xuất hiện sớm hơn bình thường.
- Thể này do một sự thức tỉnh sớm của trục hormon thùy trước tuyến yên - tuyến sinh dục.

Với trạng thái này, không cần điều trị.

b) Dậy thì sớm giả

- Các biểu hiện của dậy thì xuất hiện sớm.
- Tuy nhiên, các dấu hiệu không đầy đủ hoặc dị thường.

Với các thể bệnh này, liệu pháp điều trị là cần thiết và phụ thuộc vào nguyên nhân.

https://tieulun.hopto.org

3. Nguyên nhân của dậy thì sớm cùng giới tính hoặc khác giới tính

a) Nguyên nhân do vùng dưới đồi thị

- Ở nam giới, nguyên nhân thường gặp là:

+ Khối u não.

+ Viêm não.

+ Dị dạng bẩm sinh.

- Ở nữ giới, nguyên nhân cũng là:

+ Khối u não.

+ Viêm não.

+ Dị dạng bẩm sinh.

b) Nguyên nhân do tuyến yên

- Ở nam giới: do thể tạng.

- Ở nữ giới:

+ Do thể tạng.

+ Hội chứng loạn sản xơ nhiều xương (còn gọi là hội chứng albright) có kèm trưởng thành sinh dục sớm.

c) Nguyên nhân do tuyến sinh dục

- Ở nam giới: do u các tế bào Leydig.

- Ở nữ giới, do các nguyên nhân sau:

+ Khối u lớp hạt.

+ U buồng trứng dạng tinh hoàn.

+ Ung thư nhau (có thể từ mẹ xâm nhập vào thai nhi).

d) Nguyên nhân do vỏ tuyến thượng thận

Do tăng sản hoặc khối u vỏ thượng thận. Nguyên nhân này là chung cho cả hai giới nam và nữ.

https://tieulun.hopto.org

e) Nguyên nhân do u tuyến tùng: gặp ở nam giới với các dấu hiệu:

- Dậy thì sớm.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Liệt nhãn cầu thẳng đứng.

MÃN KINH

1. Định nghĩa tuổi mãn kinh

Tuổi mãn kinh là giai đoạn chuyển tiếp giữa tuổi hoạt động sinh dục và giai đoạn hết kinh vĩnh viễn - là giai đoạn quá độ đi kèm sự loại trừ sinh lý chức năng kinh nguyệt.

2. Phân biệt

Cần phân biệt mãn kinh sinh lý với các trường hợp mãn kinh khác và vô kinh.

a) Mãn kinh sinh lý: xảy ra trong độ tuổi trung bình từ 45-55 tuổi.

b) Mãn kinh sớm: xảy ra trước tuổi 45. Bất thường này là hậu quả của trạng thái buồng trứng kiệt nang trứng hoặc xuất hiện sau một bệnh nặng toàn thân.

c) Vô kinh nguyên phát: gặp trong hội chứng Turner. Đây là bệnh bẩm sinh với đặc điểm:

- Người bệnh không bao giờ hành kinh.
- Cơ quan sinh dục nhi tính, không có giới tính phụ.

https://tieulun.hopto.org

- Tầm vóc nhỏ, loãng xương, viêm đầu xương đốt sống.

- Dị dạng kết hợp: hẹp eo động mạch chủ, tật thừa ngón, dị dạng thận.

d) Vô kinh thứ phát

Là những trường hợp bệnh nhân trong tuổi hoạt động sinh dục nhưng do bệnh lý phải loại bỏ cả hai bên buồng trứng bằng phẫu thuật hoặc tia X.

3. Triệu chứng

Trừ một số trường hợp không có biểu hiện gì rõ rệt, còn đa số các trường hợp có các dấu hiệu sau:

a) Rối loạn kinh nguyệt: kinh nguyệt không đều, ít dần cho tới khi vô kinh hoàn toàn.

b) Rối loạn tâm thần: xu hướng trầm cảm, phiền muộn hoặc lo lắng, dễ kích động, khó tập trung, hay quên.

c) Rối loạn vận mạch: mạch nhanh, đánh trống ngực, hồi hộp, nhức đầu, chóng mặt, vã mồ hôi, dấu hiệu bốc hỏa rất hay gặp, xanh tím đầu chi, áp lực động mạch thất thường.

d) Biến đổi hình thái học: teo âm hộ, âm đạo khô, tử cung nhỏ, nội mạc mỏng; có thể sa sinh dục do gân và dây chằng nhão dần. Vú nhỏ lại, lông mu thưa.

e) Các rối loạn khác

- Triệu chứng ngoài da: da mỏng, khô, teo, nhăn và chảy xệ.

https://tieulun.hopto.org

- Triệu chứng tiết niệu: són tiểu hoặc mót tiểu nhiều lần, có thể có tiểu buốt.

- Giảm sinh hoạt tình dục do giao hợp đau, mặt khác do tâm lý và trầm cảm.

- Hiện tượng loãng xương dẫn tới đau lưng, còng lưng, gãy xương.

4. Điều trị

Áp dụng cho những trường hợp triệu chứng rõ ràng:

- Liệu pháp nội tiết thay thế: dùng estrogen, có thể kết hợp với progerteron. Nên dùng sớm trong suốt giai đoạn tiền mãn kinh, mỗi tháng dùng 10-14 ngày.

Bệnh nhân áp dụng liệu pháp này cần được theo dõi, khám định kỳ.

- Áp dụng chế độ dinh dưỡng hợp lý.

- Luyện tập đều, đi bộ thường xuyên.

- Bổ sung can xi, vitamin D thỏa đáng.

- Tạo một đời sống tinh thần và tâm lý thoải mái.

VÔ SINH

1. Vô sinh ở nam giới

a) Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây bệnh có thể gặp là:

- Các nguyên nhân hiển nhiên: hoạn, liệt dương, ẩn tinh hoàn.

https://tieulun.hopto.org

- Rối loạn bài tiết: do vật chướng ngại cơ học ngăn cản không cho tinh dịch chảy ra. Cụ thể gặp trong những trường hợp:

+ Viêm mào tinh: thường do bệnh lậu.

+ Các dị dạng bẩm sinh.

+ Chấn thương.

- Rối loạn tiết tinh dịch: có hai loại nguyên nhân:

+ Nguyên nhân không phải nội tiết:

• Viêm tinh hoàn (thường do bệnh quai bị) có kèm teo tinh hoàn thứ phát.

• Bệnh toàn thân nặng, rối loạn dinh dưỡng.

• Tinh hoàn lạc chỗ.

• Chấn thương.

• Nhiễm độc bức xạ.

+ Nguyên nhân nội tiết:

• Giảm năng khởi phát từ tuyến yên: bệnh to cực.

• Giảm năng khởi phát từ tinh hoàn. Trạng thái hoạn nhẹ nguyên phát, hormon kích thích nang trứng tăng trong nước tiểu.

• Hội chứng vô tinh trùng kết hợp với tinh hoàn nhỏ và chứng vú to (gọi là hội chứng Klinefelter).

- Rối loạn tạo tinh trùng:

+ Hội chứng Del Castillo: có các dấu hiệu như:

• Dục tính, dương vật và hệ thống lông bình thường.

https://tieulun.hopto.org

• Tinh hoàn nhỏ.

• Không có tinh trùng trong tinh dịch (vô tinh trùng hoàn toàn).

+ Các rối loạn tạo tinh trùng:

• Xơ hoá ống tuần tiến gây tắc các ống sinh tinh.

• Các tinh trùng trưởng thành chỉ tới giai đoạn tinh bào thì ngừng lại.

b) Chẩn đoán xác định

Dựa vào:

- Khám toàn thân.

- Khám lâm sàng tinh hoàn và các đường bài tiết (có khi soi hoặc chụp niệu đạo).

c) Điều trị

- Liệu pháp tâm thần trong liệt dương.

- Điều trị bệnh toàn thân (nếu có).

- Phẫu thuật giải quyết các vật chướng ngại ở đường bài tiết tinh dịch.

- Liệu pháp hormon: có thể dùng:

+ Hormon hướng sinh dục: các hormon hướng sinh dục của tuyến yên được sử dụng cho các thể bệnh khởi phát từ tuyến yên. Liệu pháp này được chỉ định trong các trường hợp giảm năng tinh hoàn thứ phát sau giảm năng thuỳ trước tuyến yên. Có thể dùng thử các hormon hướng sinh dục, nhất là đối với người bệnh trẻ dưới 20 tuổi, với liều lượng từ 500-1.000 đơn vị, mỗi tuần hai lần. Khi tinh hoàn đã to ra và tiết testosteron, người ta có

https://tieulun.hopto.org

thể dùng hormon kích thích nang trứng dưới dạng cao huyết thanh ngựa cái chửa để kích thích sự tạo tinh trùng.

+ Androgen trong các thể bệnh khác.

+ Cao tuyến giáp: có thể mang lại kết quả, kể cả trường hợp không bị giảm năng tuyến giáp rõ ràng.

2. Vô sinh ở nữ giới

a) Nguyên nhân

- Tâm thần: phần lớn các trường hợp vô sinh đều do vùng dưới đồi thị, thứ phát sau:

+ Những mâu thuẫn.

+ Những xúc cảm.

+ Những chấn thương tinh thần.

+ Chứng giao hợp đau.

- Các chướng ngại vật cản trở đường tiến của trứng: có thể do:

+ Viêm vòi trứng.

+ Hẹp vòi trứng.

+ Viêm nội mạc tử cung.

+ U xơ tử cung, dị dạng tử cung bẩm sinh, chấn thương tử cung.

- Các chướng ngại vật cản trở đường tiến của tinh trùng:

+ Viêm âm đạo.

+ Viêm cổ tử cung.

+ Polyp cổ tử cung.

+ Chất nhầy cổ tử cung độc đối với tinh trùng.

https://tieulun.hopto.org

- Các nguyên nhân nội tiết:

+ Các hội chứng giảm hormon: giảm tiết folliculin nguyên phát hoặc thứ phát; giảm tiết lutein.

+ Các hội chứng tăng tiết hormon: tăng tiết folliculin; tăng tiết lutein.

b) Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán đúng vô sinh ở nữ giới có thể gặp nhiều khó khăn. Để chẩn đoán xác định bệnh, cần thực hiện các biện pháp lâm sàng sau:

- Khám toàn thân.

- Khám phụ khoa sau khi đã bơm không khí vào trong vòi trứng.

- Nghiên cứu sinh lực của tinh trùng tuỳ theo chất nhầy cổ tử cung.

- Khám tuyến giáp: thực hiện khi nghi ngờ có giảm năng tuyến giáp.

c) Điều trị

- Liệu pháp tâm thần: được thực hiện trong chứng giao hợp đau và trường hợp vô sinh do vùng dưới đồi.

- Liệu pháp phụ khoa: được thực hiện khi có nhiễm khuẩn, hẹp vòi trứng.

- Liệu pháp hormon:

+ Hormon hướng sinh dục: chỉ định trong các chu kỳ không có rụng trứng kèm theo hiện tượng giảm hormon hướng sinh dục ở trong nước tiểu.

+ Dùng oestrogen đối với trường hợp giảm tiết folliculin.

https://tieulun.hopto.org

+ Dùng progesteron kể từ ngày thứ 20 của chu kỳ kinh nguyệt đối với trường hợp tăng tiết folliculin.

+ Dùng progesteron đối với trường hợp giảm tiết lutein.

+ Phương pháp tốt nhất: dùng oestrogen trong ba tuần lễ đầu của chu kỳ kinh nguyệt và dùng progesteron trong tuần lễ thứ tư.

+ Cao tuyến giáp: có kết quả tốt, kể cả trường hợp không có giảm năng tuyến giáp rõ ràng.

HỘI CHỨNG TIỀN KINH NGUYỆT

Hội chứng tiền kinh nguyệt còn gọi là hội chứng căng thẳng tiền kinh nguyệt (hoặc đồng nghĩa với loạn hòa hợp tuyến yên - buồng trứng).

1. Định nghĩa

Hội chứng căng thẳng tiền kinh nguyệt là hội chứng rối loạn thần kinh thực vật, co cứng và chuyển hoá có liên quan tới chu kỳ kinh nguyệt.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân của hội chứng căng thẳng tiền kinh nguyệt là do rối loạn tuyến yên - buồng trứng và thừa tuyệt đối hoặc tương đối các oestrogen (do tăng tiết folliculin), progesteron hoặc hormon chống bài niệu trong thời kỳ tiền kinh nguyệt.

https://tieulun.hopto.org

3. Triệu chứng

a) Rối loạn thần kinh thực vật

Có dấu hiệu:

- Trạng thái thần kinh dễ kích thích.
- Co thắt ống tiêu hoá.
- Co thắt bộ tiết niệu.
- Đánh trống ngực.

b) Trạng thái căng tiền kinh nguyệt

- Phồng vú, phồng bụng.
- Đau thắt lưng và khung chậu nhỏ (tiểu khung).
- Nhức đầu.

Các dấu hiệu có thể biến mất hẳn khi xuất hiện kinh nguyệt.

c) Rối loạn kinh nguyệt

Có thể gặp một trong các dấu hiệu:

- Vô kinh.
- Kinh nguyệt không đều (quá lâu hoặc quá ngắn).
- Kinh đau.

4. Điều trị

a) Liệu pháp tâm thần: dùng thuốc an thần và thuốc trấn tĩnh, thuốc chống co thắt.

b) Liệu pháp chống sự giữ nước

- Chế độ ăn ít muối, đặc biệt trong thời kỳ thứ hai của chu kỳ kinh nguyệt.
- Dùng thuốc lợi tiểu: amoni clorua, acetazolamid, chlorothiazid...

https://tieulun.hopto.org

c) Liệu pháp hormon

Dùng progesteron 10mg/24h kể từ ngày thứ 18 hoặc thứ 20 sau khi hành kinh.

VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG CHẢY MÁU

Bệnh viêm nội mạc tử cung chảy máu còn gọi là bệnh tử cung chảy máu.

1. Định nghĩa

Bệnh viêm nội mạc tử cung chảy máu là hội chứng nguồn gốc nội tiết, có đặc điểm là băng huyết hoặc rong kinh và do tăng tiết folliculin.

2. Nguyên nhân

Các nguyên nhân có thể gặp:

- Sản xuất oestrogen quá nhiều và liên tục, không có sự hình thành hoàng thể hoặc có kèm giảm kích thích do lutein.
- Tăng sản nội mạc tử cung có thể gặp trong giảm năng tuyến giáp.
- Di chứng của viêm tiểu khung hoặc của cuộc can thiệp phụ khoa làm rối loạn sự rụng trứng bình thường.
- Liệu pháp oestrogen kéo dài có thể gây ra viêm nội mạc tử cung chảy máu.

3. Hoàn cảnh xuất hiện

Thường xảy ra ở tuổi dậy thì hoặc nhiều hơn vào lúc mãn kinh.

https://tieulun.hopto.org

4. Triệu chứng

a) Rối loạn kinh nguyệt

- Các chu kỳ kinh nguyệt thường trở nên ngày càng ngắn lại, rồi tiếp đến một thời kỳ vô kinh ít nhiều kéo dài.
- Thời kỳ vô kinh có xen kẽ băng huyết.
- Trong trường hợp nạo thai, có một thời kỳ vô kinh lâu 3-4 tháng.

b) Các dấu hiệu tăng tiết folliculin khác

- Phụ nữ mắc bệnh này đa số trường hợp là có kinh sớm. Ngay từ ban đầu, kinh nguyệt đã không đều, đôi khi bị chậm nhiều tháng.
- Toàn trạng tốt, hệ lông và vú nhiều khi rất phát triển.
- Có thể gặp dấu hiệu viêm u tuyến vú.
- Sự kết hợp giữa u xơ tử cung và viêm nội mạc tử cung chảy máu có thể hay gặp.

c) Biểu đồ nhiệt độ

Trong nửa đầu của chu kỳ kinh nguyệt: nhiệt độ ở dưới mức bình thường.

Trong thời kỳ thứ hai của chu kỳ kinh nguyệt: nhiệt độ không tăng hoặc tăng không rõ rệt.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh:

- U xơ hoặc ung thư tử cung.
- Xuất huyết nội tạng.
- Đau có liên quan với rụng trứng: có các dấu hiệu lâm sàng:

https://tieulun.hopto.org

+ Đau xảy ra ở giữa chu kỳ kinh nguyệt.

+ Có thể kèm theo: sưng vú nhẹ, phù thoáng qua và có thể xuất huyết giả kinh nguyệt.

- Bệnh lạc nội mạc tử cung:

+ Bệnh lạc nội mạc tử cung là sự ghép những mảnh niêm mạc tử cung trên các phần phụ và trong vùng ruột kết.

+ Các mảnh lạc chỗ trải qua những biến thiên chu kỳ bình thường của nội mạc tử cung gây ra kinh đau và các rối loạn ruột.

- Liệu pháp oestrogen kéo dài.

- Thai nghén: đặc biệt thai nghén lạc chỗ.

6. Điều trị

- Các thể bệnh nhẹ: có tính chất nhất thời và tự nhiên khỏi.

- Nạo thìa: trong các thể bệnh khó chịu.

- Trong trường hợp thất bại: điều trị bằng progesteron theo chu kỳ với liều lượng 10-20mg/24h trong 4-5 ngày vào cuối chu kỳ kinh nguyệt và điều trị liên tiếp trong 3-4 chu kỳ.

Lưu ý: progesteron không có hiệu lực đối với hiện tượng xuất huyết đang diễn ra.

- Nếu vẫn tiếp tục chảy máu thì nên kết hợp thêm các oestrogen trong thời kỳ đầu của chu kỳ kinh nguyệt.

- Cao tuyến giáp: dùng cao tuyến giáp trong trường hợp giảm năng tuyến giáp.

https://tieulun.hopto.org

- Cắt bỏ tử cung nhưng giữ lại buồng trứng nếu các biện pháp điều trị nêu trên thất bại.

GIẢM NĂNG BUỒNG TRỨNG

1. Giảm năng buồng trứng trước dậy thì

a) Giảm năng buồng trứng nguyên phát

- Nguyên nhân:

Các nguyên nhân thường gặp là:

+ Không phát dục buồng trứng, hội chứng Turner (hội chứng Turner có đặc điểm là: giảm năng buồng trứng bẩm sinh có kết hợp với những hư biến khác). Triệu chứng lâm sàng của hội chứng Turner gồm có:

• Hội chứng sinh dục: tuyến sinh dục thô sơ, chất đệm buồng trứng không có nang trứng, vô kinh nguyên phát, trạng thái lão suy sớm.

• Tầm vóc nhỏ, loãng xương, viêm đầu xương đốt xương.

• Có các dị dạng kết hợp: hẹp eo động mạch chủ, dị dạng thận, tật thừa ngón.

+ Giảm sản buồng trứng.

+ Viêm hoặc khối u buồng trứng.

Trong các trường hợp này, buồng trứng không hoạt động bình thường mặc dầu được tuyến yên kích thích một cách thích hợp.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Vô kinh nguyên phát.

https://tieulun.hopto.org

+ Giới tính nguyên phát (âm đạo, tử cung nhi tính) và thứ phát (vú, hệ lông không phát triển).

+ Các xương dài phát triển mạnh do hiện tượng lưu tồn sụn đầu xương.

+ Giảm năng tuyến yên không kèm theo các dấu hiệu vận mạch của mãn kinh.

b) Giảm năng buồng trứng thứ phát

- Nguyên nhân:

+ Giảm năng toàn bộ tuyến yên.

+ Giảm năng tuyến yên bộ phận, giới hạn ở các hormon hướng sinh dục.

+ Nhi tính do vùng dưới đồi.

+ Hội chứng sinh dục - thượng thận: giảm năng buồng trứng là do các hormon hướng sinh dục bị ức chế bởi hiện tượng thừa các androgen thượng thận.

- Triệu chứng lâm sàng: các dấu hiệu lâm sàng thể hiện khác nhau trong hai hội chứng sau đây:

+Lùn tuyến yên: có dấu hiệu:

• Rối loạn sinh dục.

• Dấu hiệu giảm năng tuyến giáp và vỏ thượng thận.

+ Giảm năng tuyến yên bộ phận giới hạn ở các hormon hướng sinh dục. Có các dấu hiệu:

• Âm đạo, tử cung và vú vẫn nhi tính.

• Hệ lông phát triển bình thường.

• Không có rối loạn tuyến nào khác.

https://tieulun.hopto.org

2. Giảm năng buồng trứng sau dậy thì

a) Giảm năng buồng trứng sau dậy thì nguyên phát

- Nguyên nhân:

+ Viêm hoặc khối u buồng trứng.

+ Mãn kinh bình thường hoặc sớm.

- Triệu chứng lâm sàng, có các dấu hiệu:

+ Vô kinh thứ phát hoặc vô sinh.

+ Nhiệt độ thân thể không điển hình có kèm theo hiện tượng không tăng nhiệt độ chu kỳ.

+ Có thể gặp dấu hiệu kinh nguyệt thất thường hoặc rong kinh do sự tiết liên tục các oestrogen.

+ Trong thể bệnh nặng: các cơ quan sinh dục có thể bị thoái triển và các giới tính phụ có thể biến mất không hoàn toàn.

Các dấu hiệu lâm sàng trên xuất hiện là do các nang trứng không trưởng thành, không có rụng trứng và lutein hoá mặc dầu vẫn có sự kích thích của tuyến yên.

b) Giảm năng buồng trứng sau dậy thì thứ phát

- Nguyên nhân:

+ U tuyến yên.

+ U thần kinh đệm lân cận xâm lấn tuyến yên.

+ Hoại tử do thiếu máu cục bộ ở tuyến yên: hoại tử thứ phát sau nghẽn mạch hoặc tắc mạch.

+ Viêm hoặc chấn thương não.

- Triệu chứng lâm sàng:

https://tieulun.hopto.org

Các dấu hiệu lâm sàng bao gồm:

+ Hội chứng sinh dục: vô kinh, teo các cơ quan sinh dục và vú, rụng lông nách và lông mu, mất dục tính, kinh nguyệt không xuất hiện lại.

+ Hội chứng tâm thần: suy nhược trí tuệ, rối loạn cảm tính.

+ Hội chứng hình thái học: tạng gầy, có thể suy mòn nặng, dung mạo già yếu, da mỏng, khô, nhăn và có vẩy.

+ Giảm năng tuyến giáp.

+ Giảm năng vỏ thượng thận.

c) Giảm năng buồng trứng sau dậy thì thứ phát có hội chứng nam hoá

Quan sát thấy thể lâm sàng này xuất hiện trong:

- Hội chứng Cushing: hội chứng Cushing xuất hiện do sự tăng năng vỏ thượng thận. Hội chứng này có đặc điểm là: tăng áp lực động mạch, chứng béo phì đặc biệt, đái tháo đường và loãng xương. Hội chứng Cushing có triệu chứng lâm sàng ở phụ nữ là vô kinh và teo các cơ quan sinh dục.

- Hội chứng sinh dục - thượng thận:

Ở phụ nữ, có dấu hiệu lâm sàng:

+ Vô kinh, phì đại âm vật.

+ Teo tử cung, âm đạo và vú.

+ Rậm lông, tóc.

+ Giọng trầm, thay đổi tâm lý, biến đổi hình thái học kiểu đàn ông (dạng nam giới).

- U nang trứng: nguyên nhân là do sự tiết

https://tieulun.hopto.org

hormon androgen ức chế sự hình thành các hormon hướng sinh dục.

d) Giảm năng buồng trứng sau dậy thì thứ phát mắc một bệnh nặng

Các bệnh gây nên đảo lộn sâu sắc chuyển hoá đều có khả năng dẫn tới vô sinh. Các bệnh chủ yếu thường gặp là:

- Tăng năng tuyến giáp.
- Bệnh đái tháo đường bị bỏ qua.
- Các bệnh gây suy mòn.
- Bệnh tăng urê máu.
- Các bệnh nhiễm khuẩn mạn tính.

e) Giảm năng buồng trứng sau dậy thì thứ phát do tâm thần

Nguyên nhân do vùng dưới đồi thị.

Chứng vô kinh do nguồn gốc tâm thần có thể xuất hiện do: xúc cảm tác động lên vùng dưới đồi thị và tác động lên sự tiết hormon hướng hoàng thể. Hormon này cần thiết để cho hormon kích thích nang trứng có thể gây ra sự tiết các oestrogen.

3. Điều trị

a) Điều trị nguyên nhân

Được áp dụng trong các trường hợp:

- Giảm năng buồng trứng do tâm thần.
- Giảm năng buồng trứng thứ phát sau một bệnh nặng.
- Giảm năng buồng trứng thứ phát sau hội chứng nam hoá.

https://tieulun.hopto.org

b) Các hormon hướng sinh dục

Đây là thứ thuốc tốt nhất để điều trị giảm năng buồng trứng do tuyến yên.

c) Liệu pháp thay thế

- Oestrogen: liệu pháp oestrogen cần phải tuân theo các nguyên tắc dưới đây:

+ Không cho liều lượng quá cao để tránh nguy cơ ức chế tuyến yên.

+ Không dùng một liệu trình liên tục nhằm tránh chảy máu tử cung.

+ Thường dùng oestrogen mỗi tháng ba tuần lễ là đạt hiệu quả.

- Progesteron: dùng progesteron 5-6 ngày trong tuần lễ ngừng oestrogen.

KHỐI U BUỒNG TRỨNG

Có hai loại khối u buồng trứng tiết hormon:

- Khối u nữ hoá ở buồng trứng.
- Khối u nam hoá ở buồng trứng.

1. Khối u nữ hoá ở buồng trứng

Khối u nữ hoá ở buồng trứng sản xuất ra oestrogen và trong một số trường hợp sản xuất ra cả progesteron.

a) Triệu chứng lâm sàng

Có các dấu hiệu:

- Ở bé gái: dậy thì sớm.
- Ở phụ nữ: rong kinh và băng huyết.

https://tieulun.hopto.org

- Sau mãn kinh: xuất huyết.
- Tử cung to và có khối u buồng trứng.

b) Các loại khối u

- U noãn nang:

+ Hình thành từ màng sinh sản (lớp hạt).
+ Có tính chất ác tính.
+ Khu trú ở một bên.
+ Có thể xuất hiện ở bất kỳ tuổi nào.

- U vỏ nang:

+ Hình thành từ vỏ nang.
+ Hiếm gặp, đôi khi có tính chất ác tính.
+ Xuất hiện chủ yếu sau khi mãn kinh.

- U hoàng thể:

Đặc điểm:

+ Tiết progesteron.
+ Hiếm gặp.

- Chorio epithelioma buồng trứng:

Đặc điểm:

+ U quái buồng trứng, u ác tính.
+ Có thể gây ra dậy thì sớm ở bé gái.
+ Có những thử nghiệm thai nghén dương tính.

c) Điều trị

Các loại khối u trên đây cần được điều trị bằng phẫu thuật và tiếp theo sau là liệu pháp quang tuyến.

2. Khối u nam hoá ở buồng trứng

Các khối u này sản xuất testosteron và đôi khi

https://tieulun.hopto.org

những androgen tương tự như androgen của vỏ thượng thận.

a) Ung thư buồng trứng dạng tinh hoàn

- Đặc điểm:

+ Quan sát thấy chủ yếu ở người lớn trẻ tuổi.

+ Ít tính chất ác tính.

+ Có cấu trúc gần giống cấu trúc của tinh hoàn.

+ Có thể bị thoái hoá u nang.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Vô kinh.

+ Trong một số trường hợp có hội chứng nam hoá giống như hội chứng sinh dục - thượng thận.

- Điều trị: phẫu thuật cắt bỏ và tiếp theo sau là liệu pháp quang tuyến.

b) Khối u nam hoá khác ở buồng trứng

- Khối u có quá trình tạo mô gồm những tế bào giống như tế bào vỏ thượng thận.

- Khối u tế bào Leydig ở buồng trứng.

- Khối u tế bào rốn buồng trứng.

c) Chứng viêm tuyến giáp mạn buồng trứng

- Là u lành tính.

- Có mô tuyến giáp và gây ra tăng năng tuyến giáp.

- Hiếm gặp.

GIẢM NĂNG TINH HOÀN

1. Nguyên nhân

Giảm năng tinh hoàn có đặc điểm là một tổn

https://tieulun.hopto.org

thương chủ yếu chức năng nội tiết của tinh hoàn. Chức năng này được các tế bào Leydig (còn gọi là tế bào kẽ) đảm nhiệm, cho nên giảm năng tinh hoàn có biểu hiện ra bằng những dấu hiệu của trạng thái hoạn nhẹ. Trong các thể bệnh này, quá trình tạo tinh trùng bị giảm sút.

a) Giảm năng nguyên phát từ tinh hoàn

Bệnh thường do các nguyên nhân sau:

- Không phát dục tinh hoàn: bệnh được phát hiện ra nhân dịp mổ tinh hoàn ẩn.
- Viêm tinh hoàn: thường do bệnh quai bị, bệnh do Brucella, bệnh lao.
- Chấn thương: thủ thuật cắt bỏ ung thư.
- Bức xạ: tia X hoặc phóng xạ.

b) Giảm năng tinh hoàn gốc tuyến yên

Thể bệnh này là thứ phát sau giảm năng thuỳ trước tuyến yên kèm theo giảm hormon hướng sinh dục.

Các nguyên nhân tuyến yên gây giảm năng tinh hoàn thường gặp là:

- Rối loạn di truyền.
- Liệu pháp quang tuyến sâu.
- Liệu trình hormon sinh dục kéo dài.
- Sự giảm hormon tuyến yên trong cơ thể.
- Đói kém.

c) Giảm năng tinh hoàn không có trạng thái hoạn nhẹ

Trong các thể bệnh này, quá trình tạo tinh

https://tieulun.hopto.org

trùng bị ảnh hưởng không kèm giảm tiết hormon tinh hoàn.

2. Triệu chứng

a) Giảm năng tinh hoàn trước dậy thì

Dù là không phát dục tinh hoàn (bẩm sinh) hoặc hoạn hai bên trước dậy thì (viêm tinh hoàn bức xạ, can thiệp phẫu thuật) nhưng chính tuổi dậy thì là lúc mà các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện:

- Dương vật, bìu và tuyến tiền liệt không phát triển.
- Tinh hoàn nhỏ hoặc không có.
- Các đặc tính sinh dục phụ như: hệ lông phân bố theo kiểu nam giới, vỡ tiếng, hệ cơ phát triển, dục tính... không xuất hiện.
- Các sụn liên hợp lưu tồn bất thường gây ra sự phát triển chiều dài quá mức của các xương dài để gây nên tứ chi dài.
- Lồng ngực và hai vú hẹp.
- Háng rộng ra nhiều.
- Có thể có chứng béo phì kết hợp.

b) Giảm năng tinh hoàn sau dậy thì

Các dấu hiệu lâm sàng không nặng như thể bệnh giảm năng tinh hoàn trước dậy thì:

- Teo hoặc giảm sản các cơ quan sinh dục và tuyến tiền liệt.
- Hệ lông mọc không nhanh và có xu hướng được phân bố theo kiểu nữ giới.

https://tieulun.hopto.org

- Dục tính giảm hoặc mất.
- Không có lông ở đối bình tai.

c) Rối loạn tạo tinh trùng mà không có trạng thái hoạn nhẹ: được quan sát thấy trong hội chứng tinh hoàn ẩn.

d) Giảm năng tinh hoàn kết hợp với một bệnh tuyến nội tiết đã rõ ràng

Gặp trong các bệnh:
- Giảm năng toàn bộ tuyến yên.
- Bệnh to cực.
- Hội chứng khổng lồ.

3. Điều trị

a) Liệu pháp thay thế

Dùng testosteron và các dẫn xuất.

b) Liệu pháp kích thích bằng các hormon hướng sinh dục

Liệu pháp này được chỉ định trong trường hợp giảm năng tinh hoàn thứ phát sau giảm năng thuỳ trước tuyến yên.

Dùng hormon hướng sinh dục với liều lượng từ 500-1.000 đơn vị x 2 lần/tuần (chủ yếu cho người bệnh trẻ chưa quá 20 tuổi).

KHỐI U TINH HOÀN

1. Phân loại khối u tinh hoàn

Các khối u tinh hoàn sau đây có thể có một hoạt động nội tiết.

https://tieulun.hopto.org

a) U quái

- Xảy ra ở bất cứ lứa tuổi nào.
- Các thể ác tính đôi khi có tác dụng nữ hoá và có thể cho những thử nghiệm sinh vật học thai nghén dương tính.

b) U tinh

- Là u tinh hoàn hay gặp nhất.
- Quan sát thấy chủ yếu ở người đứng tuổi.
- Các khối u này không có hoạt động nội tiết.
- Di căn của u tinh ít gặp và xuất hiện không sớm so với các u tinh hoàn khác.

c) Ung thư rau

- Quan sát thấy ở bất cứ lứa tuổi nào.
- Loại u này có tính chất ác tính.
- Có tác dụng nữ hoá và cho những thử nghiệm thai nghén dương tính.

d) Khối u các tế bào Leydig

- Hiếm gặp.
- Gây ra dậy thì sớm ở trẻ em.
- Làm tăng giới tính nam ở người lớn, hãn hữu mới có tác dụng nữ hoá.

e) Khối u các tế bào sertoli

- Có tính chất ngoại lệ.
- Sản xuất các oestrogen.
- Có tác dụng nữ hoá.

2. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định khối u tinh hoàn dựa vào các dấu hiệu lâm sàng sau đây:

https://tieulun.hopto.org

- Khối rắn, nhẵn và không đau ở trong bìu.
- Hạch bẹn bị sưng.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt khối u tinh hoàn với:
- Tràn dịch tinh mạc.
- Tràn dịch tinh mạch.
- Lao tinh hoàn.

Ở trẻ em, nếu có dấu hiệu của dậy thì sớm thì phải tìm nguyên nhân gây bệnh để phát hiện khối u các tế bào kẽ Leydig.

4. Điều trị

- Phẫu thuật cắt bỏ khối u.
- Trị liệu bằng tia X được áp dụng tiếp theo.

HỘI CHỨNG TINH HOÀN ẨN

1. Định nghĩa

Hội chứng tinh hoàn ẩn là hội chứng thiếu một hoặc hai tinh hoàn ở trong bìu.

2. Nguyên nhân

Những yếu tố chi phối sự di chuyển của tinh hoàn có thể gặp:
- Những yếu tố phôi thai và giải phẫu.
- Yếu tố hormon: người ta đã biết chắc chắn là có sự liên quan của các androgen và các hormon hướng sinh dục.
- Dị tật có thể xảy ra ở một bên hoặc hai bên.

https://tieulun.hopto.org

Tinh hoàn ẩn có thể:

- Ở lại trong khoang bụng hoặc trong ống bẹn.
- Đi lệch đường ở trước hoặc sau ống bẹn và ở vào một vị trí lạc chỗ (thành bụng, đáy chậu).

3. Triệu chứng

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Trước tuổi dậy thì: thiếu một hoặc hai tinh hoàn ở trong bìu là triệu chứng duy nhất của chứng tinh hoàn ẩn.
- Sau khi dậy thì: có thể có những dấu hiệu giảm năng tinh hoàn.
- Tinh hoàn ẩn thường có khối u ác tính.
- Trong một số trường hợp: chứng ẩn tinh hoàn chỉ là một trong các triệu chứng của một rối loạn tuyến nội tiết phức tạp, là trạng thái hoạn nhẹ nguyên phát hay thứ phát hoặc hội chứng phì - sinh dục.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với:

- Tinh hoàn di động: tinh hoàn đã xuống bìu, nhưng có khả năng co rút vào trong ống bẹn, nhất là ở tư thế nằm.
- Chứng teo tinh hoàn:

+ Trong trường hợp teo cả hai tinh hoàn: các hormon hướng sinh dục tăng lên.

+ Trong trường hợp teo một tinh hoàn: trong tiền sử bệnh có thể thấy một chấn thương hoặc viêm tinh hoàn.

https://tieulun.hopto.org

5. Điều trị

a. Điều trị nội khoa

- Dùng các hormon hướng sinh dục màng đệm với liều lượng 500 đơn vị, mỗi tuần 2-3 lần trong 1-2 tháng. Phải ngừng thuốc nếu thấy xuất hiện những dấu hiệu dậy thì sớm.

- Tiến hành điều trị trong khoảng thời gian từ 4-8 tuổi.

- Kết quả liệu pháp này chỉ làm di chuyển tinh hoàn khoảng 10% các trường hợp.

b. Điều trị phẫu thuật: dùng thủ thuật cố định tinh hoàn.

BƯỚU GIÁP

1. Định nghĩa

Bướu giáp là một khối u tuyến giáp lành tính do tăng sản mô tuyến.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bướu giáp xảy ra ở phụ nữ nhiều hơn ở nam giới từ 5-10 lần.

Bướu giáp đơn phát chủ yếu được thấy ở tuổi dậy thì, thời kỳ thai nghén, tiết sữa và sau tuổi mãn kinh.

3. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây bệnh có thể gặp:

- Thiếu i ốt tương đối: do tăng nhu cầu của cơ thể như dậy thì, thai nghén, tiết sữa.

https://tieulun.hopto.org

- Thiếu i ốt tuyệt đối: lượng i ốt thiếu do trong nước có chứa những chất làm rối loạn chuyển hoá i ốt. Một số thức ăn như bắp cải, củ cải, cà rốt, củ cải đỏ cũng có thể gây tình trạng thiếu i ốt.

- Tác dụng của các thứ thuốc gây bướu giáp: các thuốc natri sulfocyanat, acid paraamino salicylic, thuốc kháng tuyến giáp tổng hợp.

- Rối loạn tổng hợp hormon bẩm sinh: khi có một giai đoạn trong quá trình tổng hợp hormon bị rối loạn, hormon tuyến giáp bị thiếu hụt cho nên tuyến giáp to ra do tăng sản xuất kích thích giáp tố.

4. Triệu chứng

Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp:

- Phần dưới cổ bị rộng ra.

- Da di động, da ở bên trên vẫn có màu sắc bình thường.

- Khối u có vị trí ở dưới sụn nhẫn và ở trên mũi ức. Khối u di động sang hai bên và đi theo các động tác lên của thanh quản khi nuốt.

- Các dấu hiệu chức năng:

+ Người bệnh có một chức năng tuyến giáp bình thường.

+ Chuyển hoá cơ bản bình thường hoặc giảm ít.

+ Có thể có dấu hiệu loạn trương lực thần kinh thực vật.

5. Các thể bệnh theo định khu

a) Bướu giáp chìm

Đặc điểm:

https://tieulun.hopto.org

- Khi nuốt, cổ ở tư thế ưỡn, bướu giáp không ra hẳn khỏi bên ngoài lồng ngực.

- Bướu giáp chìm có thể gây ra những dấu hiệu đè ép sớm.

b) Bướu giáp trong ngực

- Có thể ở giữa hoặc sau xương ức; ở bên hoặc sau xương đòn.

- Vị trí không liên quan với tuyến giáp, có thể gây ra đè ép trung thất.

- Bướu giáp ở gốc lưỡi: gây dấu hiệu khó nuốt.

- Bướu giáp ở hai bên cổ: có thể chẩn đoán nhầm là những hạch sưng.

- Bướu giáp ở bên trong khí quản: có dấu hiệu khó thở kịch phát.

6. Biến chứng

a) Rối loạn do đè ép

Do hai nguyên nhân:

- Bướu giáp lạc chỗ và trong ngực.

- Do biến chứng xuất hiện ngay trên bướu giáp: chảy máu, viêm tuyến giáp, thoái hoá ác tính.

b) Các rối loạn tuyến giáp

Các rối loạn gây biến chứng:

- Tăng năng tuyến giáp hoặc chuyển hoá thành bệnh Basedow: do tổ chức tế bào không thuộc tuyến giáp tăng hoạt lực.

- Giảm năng tuyến giáp: có thể gây nên:

+ Bướu giáp phù niêm thông thường, có dấu hiệu lâm sàng: người bệnh dễ mệt mỏi, phù da và

https://tieulun.hopto.org

niêm mạc, có dấu hiệu tim mạch của bệnh phù niêm như mạch chậm, đau thắt ngực, tràn dịch màng tim, lưu lượng tim giảm.

+ Bướu giáp của chứng độn phong thổ do thiếu i ốt: bệnh cảnh lâm sàng giống như chứng trì độn do thiếu tuyến giáp (lùn, tứ chi ngắn, phù da niêm mạc, thoát vị rốn, tâm thần trì trệ). Có thể thể hiện dấu hiệu thần kinh: động kinh, điếc, câm. Bướu giáp thường phát sinh lúc dậy thì, to dần và gây ra những dấu hiệu chèn ép. Có thể gặp những tổn thương ở các tuyến nội tiết khác (như: tuyến yên, tuyến sinh dục) cùng các tổn thương thần kinh (như: động kinh, điếc - câm).

c) Những biến chứng có vị trí ở ngay trong bướu giáp

- Chảy máu kẽ: có thể tự nhiên xảy ra hoặc bướu giáp đột nhiên to ra.
- Viêm tuyến giáp cấp hoặc bán cấp.
- Thoái hoá ác tính: có dấu hiệu:

+ Bướu giáp to ra và cứng rắn.

+ Có dấu hiệu đè ép.

+ Có thể gặp di căn ở phổi hoặc ở xương.

7. Điều trị

Phương pháp điều trị tuỳ thuộc vào từng loại thể bệnh:

- Thể bướu giáp lan toả không quá to và không có triệu chứng lâm sàng: dùng các loại thuốc sau:

https://tieulun.hopto.org

+ Dung dịch lugol với liều lượng V - XXX giọt/24h, dùng 2-3 tuần /tháng.

+ Thyroxin: 50mg/viên x 1/2 - 1 viên/24h.

- Thể bướu giáp hòn hoặc bướu giáp lan toả to: dùng liệu pháp phẫu thuật.

BỆNH BAZƠĐÔ (BASEDOW)

Bệnh Basedow cùng nghĩa với tăng năng tuyến giáp, nhiễm độc giáp tố, bướu giáp lồi mắt, hay còn gọi là bệnh Graves.

1. Định nghĩa

Bệnh Basedow là tăng hoạt động và tăng tiết tuyến giáp, thường kết hợp với phì đại hoặc tăng sản tuyến giáp.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh thường xảy ra:

- Ở phụ nữ.

- Trong tuổi dậy thì hoặc lúc mãn kinh hoặc khi thai nghén.

3. Nguyên nhân

Chưa được biết rõ ràng, có thể do hai nguyên nhân:

- Tăng sản xuất kích giáp tố tuyến yên.

- Tăng sản xuất hormon tuyến giáp độc lập với kích giáp tố.

https://tieulun.hopto.org

4. Triệu chứng lâm sàng

Có các dấu hiệu lâm sàng:

- Bướu giáp:

+ Trong thể bệnh điển hình: bướu giáp căng mọng, đàn hồi, không đau, di động theo nhịp thở.

+ Thể bệnh không điển hình: tăng sản khu trú ở một hoặc nhiều nhân u tuyến (u tuyến độc).

- Rối loạn tim mạch: có các dấu hiệu:

+ Tim đập nhanh do xoang, đánh trống ngực.

+ Loạn nhịp.

+ Áp lực động mạch bình thường hoặc tăng áp lực tâm thu.

+ Tim dễ bị kích thích: tiếng tim thứ nhất đập mạnh hoặc có tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim.

+ Suy tim: gặp ở người cao tuổi.

- Mắt lồi và các dấu hiệu ở mắt:

Chứng lồi mắt có các dấu hiệu lâm sàng sau đây:

+ Lồi mắt đối xứng, cả hai bên.

+ Mi mắt dưới hơi mọng và đôi khi bị lộn.

- Run tay: khi người bệnh giơ thẳng tay thì dấu hiệu run tay thể hiện rõ ràng. Run tay nặng thêm khi người bệnh xúc động.

- Các dấu hiệu khác:

+ Dấu hiệu toàn thân: gầy sút, sốt nhẹ.

+ Rối loạn tiêu hoá:

• Chán ăn.

• Tiêu chảy kéo dài.

+ Rối loạn thần kinh:

https://tieulun.hopto.org

• Run tay, bủn rủn hai chân.

• Rối loạn vận mạch: có cơn bốc hoả, sợ nóng.

• Ra mồ hôi.

+ Rối loạn tâm thần:

• Tình cảm thay đổi.

• Lo lắng, u sầu.

+ Rối loạn cơ:

• Suy nhược cơ kèm theo bủn rủn hai chân.

• Teo cơ có thể xảy ra.

+ Rối loạn xương: mất vôi ở xương, đôi khi có loãng xương nặng.

+ Rối loạn sinh dục: liệt dương. Ở nữ giới có biểu hiện vô kinh hoặc kinh đau.

+ Rối loạn da: có các dấu hiệu:

• Rụng tóc lan toả.

• Mi mắt nhiễm sắc tố.

• Lang trắng, da nóng.

• Tăng tiết mồ hôi.

+ Phù hai chi dưới: phù niêm khu trú trước xương chầy.

5. Các thể lâm sàng học

a) Ở trẻ em

Bệnh Basedow hiếm gặp ở trẻ em. Thể này bao gồm các dấu hiệu lâm sàng như sau:

- Gầy sút.

- Nhịp tim nhanh.

- Rối loạn tâm thần: bệnh thường nhẹ, có thể thuyên giảm tự nhiên.

https://tieulun.hopto.org

- Dấu hiệu "lồi mắt" ít khi gặp.

b) Ở người cao tuổi

- Triệu chứng lâm sàng lu mờ.
- Biến chứng tim là dấu hiệu nổi bật.

c) Thể cấp tính

Hiếm gặp, có đặc điểm sau:

- Bệnh khởi phát do một chấn thương tâm thần hoặc chấn thương thực thể. Thường do thủ thuật cắt bỏ toàn phần tuyến giáp.
- Người bệnh có trạng thái mê sảng và sốt.
- Tim đập nhanh.
- Nôn và tiêu chảy.
- Cơ vân bị suy yếu nặng.

6. Tiến triển

Có các đặc điểm:

- Bệnh Basedow tiến triển theo từng đợt.
- Các đợt tiến triển xuất hiện không do nguyên nhân nào rõ ràng hoặc sau khi có chấn thương tâm thần hoặc chấn thương thực thể.
- Bệnh có thể có triệu chứng nặng thêm trước thời gian hành kinh.
- Thai nghén có thể làm cho bệnh Basedow thêm trầm trọng.

7. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Suy nhược, gầy sút, ra mồ hôi, lo lắng, tiêu chảy.
- Mạch nhanh, tay run, da nóng và ẩm ướt.

https://tieulun.hopto.org

- Mắt lồi.
- Bướu giáp: có thể biểu hiện kín đáo.
- Tăng chuyển hoá cơ bản.

8. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Lao phổi ở thời kỳ đầu tiên.
- Loạn thần kinh chức năng: lo lắng và loạn trương lực thần kinh thực vật: có các dấu hiệu lâm sàng:

+ Mạch nhanh.
+ Run khi xúc động.
+ Mắt long lanh.

- Suy tim: nếu suy tim là hậu quả của bệnh tim trái thì có thể làm cho chuyển hoá cơ bản tăng lên. Khó phân biệt với tăng năng tuyến giáp trong trường hợp này.
- Viêm tuyến giáp cấp hoặc bán cấp tính:

+ Viêm tuyến giáp cấp tính:

• Thường xảy ra ở một số bướu giáp đã có sẵn.

• Nhiễm khuẩn bắt nguồn từ các đường dẫn không khí trên hoặc từ ổ miệng.

• Dấu hiệu lâm sàng có đặc điểm: biểu hiện bằng một bướu giáp sưng đau và có thể biến thành viêm mủ tuyến giáp (có triệu chứng lâm sàng: sốt cao, đau dữ dội, khó nuốt, tăng bạch cầu).

+ Viêm tuyến giáp bán cấp tính, có dấu hiệu lâm sàng:

• Sốt nhẹ và tăng bạch cầu.

https://tieulun.hopto.org

• Bướu giáp vừa phải, lan toả, rắn, khá đau, đôi khi có dấu hiệu đè ép.

- Chứng nhược cơ nặng, có dấu hiệu:

+ Giống như bệnh cơ do bệnh Basedow.

+ Chuyển hoá cơ bản (chuyển hoá cơ sở) không tăng.

9. Điều trị

a) Các kháng tuyến giáp tổng hợp

- Thiouracil (hoặc propyl, benzyl hoặc methyl) với liều lượng:

+ 0,2g/24h trong 15 ngày đầu.

+ 0,15g/ngày trong 15 ngày tiếp theo.

+ Từ 0,025g/24h đến 0,1g/24h với liều duy trì.

- Chất kháng tuyến giáp mạnh: có thể dùng methyl - mecapto - imidazol với liều lượng:

+ Liều tấn công: 0,01-0,03g/ngày.

+ Liều duy trì: 0,005-0,015g/ngày.

b) I ốt

Dùng dung dịch lugol mạnh với liều lượng XXX - XL giọt/ngày, chia làm 3-4 lần trong ngày.

c) Thủ thuật cắt bỏ gần hoàn toàn tuyến giáp

Thủ thuật này được áp dụng để điều trị u ác tính của tuyến giáp hoặc u độc của tuyến giáp.

d) I ốt phóng xạ

Phương pháp này tốt nhất và chống chỉ định tuyệt đối với trường hợp thai nghén.

e) Điều trị toàn thân

+ Nghỉ ngơi.

+ Dùng thuốc an thần.

https://tieulun.hopto.org

+ Chế độ ăn chứa nhiều calo và vitamin.

f) Điều trị suy tim

Sử dụng các phương pháp thông thường.

VIÊM TUYẾN GIÁP

1. Phân loại

a) Viêm tuyến giáp cấp tính

Bệnh này ít gặp.

- Nguyên nhân:

+ Thường xảy ra ở một bướu giáp đã sẵn có.

+ Nhiễm khuẩn bắt nguồn từ các đường dẫn không khí trên hoặc từ ổ miệng.

+ Có thể xuất hiện sau một bệnh nhiễm khuẩn lan ra khắp cơ thể.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Bướu giáp sưng đau.

+ Có thể xuất hiện viêm mủ tuyến giáp với dấu hiệu lâm sàng như sau:

• Sốt cao, tăng bạch cầu.

• Đau dữ dội.

• Khó nuốt.

- Điều trị:

+ Dùng thuốc giảm đau.

+ Đắp nước đá lên tuyến giáp.

+ ACTH và corticoid có tác dụng nhanh trên các dấu hiệu lâm sàng chủ quan.

b) Viêm tuyến giáp bán cấp tính

Tiến triển làm hai giai đoạn:

https://tieulun.hopto.org

- Giai đoạn 1: có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

- Giai đoạn 2: tuyến giáp có hiện tượng sưng, rắn và đau.

Trong trường hợp này, cần chẩn đoán phân biệt với ung thư tuyến giáp.

c) Viêm tuyến giáp mạn tính

- Thể bệnh đặc thù (do lao, giang mai): hiếm gặp.

- Thể bệnh không đặc thù: chẩn đoán khó khăn. Có thể khó phân biệt với các bệnh Hashimoto (viêm tuyến giáp u lympho bào) và bệnh Riedel (viêm tuyến giáp thể hòn có dấu hiệu rất cứng tại vị trí của tổn thương).

2. Điều trị

a) Các thể bệnh bán cấp

Prednisolon với liều lượng 15-30mg/24h trong ba tuần lễ.

b) Bệnh Hashimoto

- Dùng cao tuyến giáp trong trường hợp giảm năng tuyến giáp.

- Các corticoid có ít hiệu lực.

c) Bệnh Riedel

- Phẫu thuật cắt bỏ.

- Sau phẫu thuật: dùng cao tuyến giáp.

BỆNH ĐÁI THÁO NHẠT (DIABETE INSIPIDE)

1. Đặc điểm

- Tiểu tiện thường xuyên hoặc nhất thời với lượng nước tiểu nhiều.

https://tieulun.hopto.org

- Nước tiểu có tỷ trọng thấp, không có albumin và không chứa glucose.

Nguyên nhân là do tổn thương của hệ thần kinh - hormon thuỳ sau tuyến yên - vùng dưới đồi, có kèm thiếu hormon chống bài niệu.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Là bệnh hiếm gặp của người lớn trẻ tuổi.

3. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây bệnh có thể gặp là:

- Khối u não trung gian - tuyến yên.
- Viêm màng nhện ở đáy não hoặc vùng giao thoa thị giác.
- Viêm do lao, do nhiễm khuẩn ở đáy não.
- Chấn thương sọ, điện giật.
- Rối loạn tuần hoàn: chảy máu dưới màng nhện.
- Thể bệnh di truyền, đôi khi kết hợp với hội chứng Laurence - Monn Biedl (hội chứng này có triệu chứng lâm sàng là đần, tật thừa ngón, chứng béo phì, giảm năng tuyến sinh dục, viêm võng mạc sắc tố).
- Thể bệnh tự phát: không có nguyên nhân rõ ràng. Đây là thể bệnh hay gặp nhất.

4. Triệu chứng lâm sàng

Tuỳ theo nguyên nhân, khởi đầu của bệnh có thể đột ngột (do chấn thương) hoặc ầm ĩ.

https://tieulun.hopto.org

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là:

- Tiểu tiện nhiều:

+ Người bệnh đi tiểu nhiều (trung bình lượng nước tiểu 5-8 lít một ngày).

+ Nước tiểu nhạt màu, không chứa đường glucose và albumin. Tỷ trọng của nước tiểu thay đổi từ 1,001 đến 1,005.

+ Tiểu tiện tăng lên một cách rõ rệt vào ban đêm.

+ Uống ít nước cũng không làm giảm mức bài niệu.

- Khát nhiều: xảy ra thứ phát sau triệu chứng tiểu tiện nhiều.

Người bệnh có cảm giác khát thường xuyên không sao thoả mãn được. Cảm giác khát nước tăng lên khi người bệnh hạn chế uống.

- Có dấu hiệu mất nước ở cơ thể.

- Có dấu hiệu khối u hoặc dấu hiệu tổn thương nội sọ.

- Bệnh thuyên giảm nếu được điều trị bằng cao thuỳ sau tuyến yên.

5. Chẩn đoán nguyên nhân

Phát hiện quá trình bệnh lý nội sọ bằng các phương pháp: khám thần kinh, khám đáy mắt, khám hai thị trường, chọc tuỷ sống.

Ngoài ra còn dùng kết quả của xét nghiệm điện não đồ và chụp X-quang sọ.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh đái tháo đường: có đường glucose trong nước tiểu.

- Bệnh thận mạn tính: có dấu hiệu:

+ Tiểu tiện nhiều.

+ Có albumin trong nước tiểu.

- Triệu chứng tiểu tiện nhiều thứ phát sau chứng cuồng uống. Chứng cuồng uống thường gặp ở người khát nước do tâm thần.

Thử nghiệm thăm dò đặc biệt chức năng thuỳ sau tuyến yên bằng cách cho người bệnh dùng cao thuỳ sau tuyến yên thì hạn chế được khát nước ở người cuồng uống.

7. Điều trị

a) Phẫu thuật hoặc liệu pháp quang tuyến: để điều trị tổn thương nội sọ.

b) Cao thuỳ sau tuyến yên

- Chất thúc đẻ (cao thuỳ sau tuyến yên): tiêm dưới da hoặc bắp thịt 10-20 đơn vị quốc tế (UI). Có thể tiêm 2-4 lần mỗi ngày.

- Cao thuỳ sau tuyến yên muộn: tiêm 0,5-1ml pitrexin tanat một lần trong 24-48 giờ vào buổi tối trước khi đi ngủ.

Ghi chú: bệnh đái tháo nhạt có thể còn do nguyên nhân rối loạn tái hấp thụ nước ở ống thận. Đó là bệnh đái tháo nhạt do thận.

Cao tuyến yên không có tác dụng điều trị bệnh đái tháo nhạt do thận.

https://tieulun.hopto.org

UNG THƯ TUYẾN GIÁP

1. Hoàn cảnh xuất hiện

- Sự thoái hoá ác tính của tuyến giáp thường xảy ra trong trường hợp bướu giáp hòn duy nhất.

- Hiếm gặp ung thư tuyến giáp khi có những dấu hiệu giảm năng tuyến giáp.

- Thường gặp ở người lớn trẻ tuổi hoặc người tiếp xúc với tia bức xạ.

2. Triệu chứng lâm sàng

Những dấu hiệu lâm sàng thường gặp:

- Tuyến giáp to và cứng như gỗ.
- Đau ở vị trí tổn thương.
- Có dấu hiệu đè ép hoặc rối loạn phát âm.
- Sưng hạch cổ ở giai đoạn nặng.
- Đôi khi, khối u biểu lộ bằng di căn ung thư ở xương và phổi.

3. Chẩn đoán bệnh

a) Chẩn đoán xác định

Căn cứ vào phương pháp sờ nắn tuyến giáp.

b) Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Xuất huyết ở trong một bướu giáp.
- Viêm tuyến giáp cấp và bán cấp tính.

4. Điều trị

Các phương pháp điều trị được áp dụng:

- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp.

https://tieulun.hopto.org

- Liệu pháp i ốt phóng xạ được áp dụng khi không thể phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp được.

5. Phòng bệnh

- Nên cắt bỏ bán phần tuyến giáp trong trường hợp bướu giáp có một hòn duy nhất.

- Cắt bỏ gần hoàn toàn bướu giáp trong trường hợp bướu giáp có nhiều hòn.

https://tieulun.hopto.org

Chịu trách nhiệm xuất bản
TS. NGUYỄN DUY HÙNG
Chịu trách nhiệm nội dung
ThS. HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập nội dung: BÙI HỒNG THÚY
BS. ĐẶNG CẨM THÚY
ThS. NGUYỄN KIM NGA
HOÀNG THU QUỲNH
Trình bày bìa: PHẠM THÚY LIỄU
Chế bản vi tính: ĐÀO BÍCH
Sửa bản in: PHÒNG BIÊN TẬP KỸ THUẬT
Đọc sách mẫu: HOÀNG THU QUỲNH

https://tieulun.hopto.org

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA – SỰ THẬT – 12/86 phố Duy Tân, quận Cầu Giấy, Hà Nội
ĐT: 080.49221, FAX: 080.49222, E-mail: suthat@hn.vnn.vn Website: www.nxbctqg.vn

TÌM ĐỌC

GS. VS. Phạm Minh Hạc - GS. TSKH. Thái Duy Tuyên
* ĐỊNH HƯỚNG GIÁ TRỊ CON NGƯỜI VIỆT NAM THỜI KỲ ĐỔI MỚI VÀ HỘI NHẬP

GS. TS. Đào Văn Dũng (Chủ biên)
* CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE NHÂN DÂN

Phạm Thị Lan Anh
* HỎI - ĐÁP PHÁP LUẬT VỀ BÌNH ĐẲNG GIỚI

8935211124073

https://tieulun.hopto.org